

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

**Relatório de Estágio**

**Intervenções de Enfermagem na deteção e tratamento ativo  
do Potencial Dador de Órgãos**

**Mónica Raquel Roseiro Rasquinho**

**Lisboa**

**2019**



**Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

**Relatório de Estágio**

**Intervenções de Enfermagem na deteção e tratamento ativo  
do Potencial Dador de Órgãos**


**Mónica Raquel Roseiro Rasquinho**

Orientador: Professora Doutora Eunice Henriques

**Lisboa**

**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

A series of thick, stylized green wavy lines that sweep across the bottom right corner of the page, creating a sense of movement and design.



## Pensamento

*“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”*

Florence Nightingale

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha mãe toda a força e coragem que me foi transmitindo ao longo desta caminhada. Agradeço-lhe também por sempre me ter ensinado que o saber não ocupa lugar e por me ter incentivado a entrar nesta aventura.

A todos os meus colegas do mestrado pelas partilhas e pela troca constante de mensagens de força e de incentivo.

A todas as professoras que se cruzaram comigo e que de forma sempre incansável e disponível fizeram também com que isto fosse possível, em especial à professora Anabela Mendes e à professora Eunice Henriques.

Agradeço também a todos os meus colegas de trabalho, especialmente aos da minha adorada Equipa E, pela disponibilidade e paciência nos dias maus. À senhora enfermeira chefe do meu serviço e enfermeiras coordenadoras por toda a compreensão e disponibilidade.

Aos meus amigos de uma vida por toda a paciência durante estes longos meses de ausência.

E o maior agradecimento à minha avó Vina, a mulher mais fantástica e mais bonita que a vida me deu. Que a vida me deu e que me tirou. A educação que me deste e o mundo que me mostraste, fazem de mim, uma enfermeira e pessoa muito mais rica. A dor da tua perda foi canalizada para aqui, que estejas feliz por mim, seja lá onde for.



## Resumo

A redução do sofrimento e inerente melhoria da qualidade de vida, dos doentes com determinadas doenças crónicas, estão fortemente ligados à transplantação, por esta ser a solução que confere, por vezes, a única opção de tratamento. No entanto, a escassez de órgãos disponíveis para doação limita o número de transplantes, contribuindo para o aumento da lista de espera, com o consequente aumento de morbilidade e mortalidade dos doentes, portadores de doença crónica (Direção Geral de Saúde, 2010).

Segundo o Despacho nº 5480/2017 de 23 de junho, a atividade de doação, estável e consolidada é imprescindível para assegurar a resposta às necessidades dos doentes que aguardam em lista de espera para transplante, ainda assim, essa atividade proveniente de dadores em morte cerebral em Portugal, comparativamente a outros países, é insuficiente face à grande carência de órgãos. No nosso país existe uma significativa perda de dadores por não identificação da condição, ou não referenciação adequada.

Para Day (2001), os enfermeiros de cuidados ao doente crítico são frequentemente responsáveis pela deteção de potenciais dadores de órgãos e pelo seu tratamento ativo.

A identificação de um potencial dador em morte cerebral é consensual e a existência de algumas condições prévias ao diagnóstico definitivo é fundamental. A presença vinte e quatro horas por dia do enfermeiro junto do doente, torna-o no elemento mais competente para reconhecer os primeiros sinais de morte cerebral (Peiffer, 2007).

A avaliação e monitorização do potencial dador, pelo enfermeiro, assumem vital importância no resultado do transplante. A prevenção e deteção precoce das principais complicações, advindas da morte cerebral, permitem ao enfermeiro, dentro da equipa multidisciplinar, instituir medidas terapêuticas adequadas, de modo a assegurar a viabilidade dos órgãos (Guetti & Marques, 2008).

Palavras-Chave: Doação; Potencial Dador; Morte Cerebral; Enfermagem; Tratamento Ativo





## **Abstract**

Reducing suffering and inherently improving the quality of life of patients with certain chronic diseases is strongly linked to transplantation because this is sometimes the only treatment option. However, the shortage of organs available for donation limits the number of transplants, contributing to increase the waiting list, with the consequent increase in morbidity and mortality of patients with chronic disease (Directorate General of Health, 2010).

According to Order No. 5480/2017 of June 23, the donation activity, stable and consolidated is essential to ensure the response to the needs of patients waiting on transplant waiting lists, yet this activity from donors in brain death in Portugal, compared to other countries, is insufficient due to the great lack of organs. In our country there is a significant loss of donors for not identifying the condition, or not adequate referral.

For Day (2001), critical care nurses are often responsible for the detection of potential organ donors and for their active treatment.

The identification of a potential donor in brain death is consensual and the existence of some conditions prior to the definitive diagnosis is fundamental. The 24-hour presence of the nurse next to the patient makes him the most competent element to recognize the first signs of brain death (Peiffer, 2007).

The evaluation and monitoring of the potential donor, by the nurse, are of vital importance in the transplant result. The prevention and early detection of the main complications, caused by brain death, allow the nurse, within the multidisciplinary team, to institute appropriate therapeutic measures, so as to ensure the viability of the organs (Guetti and Marques, 2007).

**Keywords:** Donation; Potential Donor; Brain death; Nursing; Active Treatment



## Índice

INTRODUÇÃO .....	15
1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA DETECÇÃO E TRATAMENTO ATIVO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS .....	19
1.1. Enquadramento Conceptual .....	19
1.2. Modelo Teórico de Virgínia Henderson.....	26
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	33
2.1. Serviço de Urgência Polivalente .....	34
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes Neurocríticos .....	43
2.3. Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
APÊNDICES .....	80
APÊNDICE I Objetivos específicos SUG .....	82
APÊNDICE II Objetivos específicos UCIPN.....	86
APÊNDICE III Objetivos específicos GCCT.....	90
APÊNDICE IV Cronograma de Estágio com relatório.....	92



## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AANN – *American Association of Neuroscience Nurses*

ADH – Hormona Antidiurética

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CE – Cranioencefálico/a

CHD – Coordenador Hospital de Doação

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EDQM – *European Directorate for the Quality of Medicine & Healthcare*

EEG – Eletroencefalograma

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EV – Endovenoso

GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação

GCS – *Glasgow Coma Scale*

H – Hora

HSA – Hemorragia Subaracnoide

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPST – Instituto Português de Sangue e Transplantação

MC – Morte Cerebral

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PBS – *Behavioral Pain Scale*

PD – Potencial Dador de Órgãos

PIA – Pressão Intra Abdominal

PIC – Pressão Intracraniana

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – *Richmond Agitation – Sedation Scale*

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores

Rx – Radiografia

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TPM – *Transplant Procurement Management*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIPN – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes Neurocríticos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi proposta a realização do presente documento, para mostrar de forma reflexiva e crítica, o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

Atualmente é cada vez mais evidente a importância da consciência do enfermeiro na sua prática, na reflexão sobre o que faz, como faz e o impacto das suas ações na pessoa de quem cuida. A reflexão na ação e sobre a ação é o processo que permite compreender a amplitude e o significado do cuidar em enfermagem, ou seja, a aprendizagem reflexiva, e uma prática baseada na evidência, que se traduz na formação avançada pretendida para o enfermeiro que se encontra a fazer um percurso de especialização (Jasper, 2003).

De forma a dar resposta ao que me foi solicitado, o desenvolvimento de competências do mestrado vai de encontro aos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), de acordo com o Regulamento de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de PSC da ESEL e os documentos publicados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) tais como: o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC.

Com o objetivo de delinear um percurso que permitisse a conclusão desta etapa académica com sucesso e realização pessoal, procurei desenvolver competências que me levassem a atingir um nível de proficiência na área das intervenções de enfermagem na deteção e tratamento ativo do potencial dador de órgãos, tal como refere Benner (2001) quando descreve que: “a enfermeira apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos isolados e as suas ações são guiadas por máximas, mas com uma grande compreensão da situação” (Benner, 2011, p. 54-55).

Em simultâneo, e não esquecendo o tema do mestrado em questão, procurei desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica desenvolvendo as mais diversas atividades, tal como a Ordem dos Enfermeiros descreve de “cuidados altamente qualificados prestados de forma

continua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018).

A competência do enfermeiro surge dos conhecimentos científicos e respetivas habilidades para os aplicar. Assim, o quadro de referência que orientou este percurso na vertente da prática clínica foi o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem por Patrícia Benner. Dado que segundo este modelo, o enfermeiro especialista é um perito que deve dominar o conhecimento, aprofundado e fundamentado pelo conhecimento da situação, contextualizando-o de forma a possibilitar a prestação de um cuidado individualizado numa perspetiva holística (Benner, 2001).

Considerando o modelo de Dreyfus e adaptado por Patrícia Benner à enfermagem, acredito que relativamente à área temática escolhida, e findo este percurso, estar num nível proficiente, podendo e atendendo às características da equipa de enfermagem onde trabalho ser uma referência na área de atuação por mim selecionada. Para isso foi fulcral o desenvolvimento de competências relativas à monitorização e vigilância, atuação atempada de situações de progresso rápido, prestação e promoção de cuidados de qualidade e apoio à pessoa e pessoas significativas (Benner, 2001).

O desejo de abordar o tema “Intervenções de Enfermagem na deteção e tratamento ativo do Potencial Dador de Órgãos”, surgiu devido à minha motivação pessoal e profissional pela área da doação de órgãos por esta ser uma das terapêuticas para o tratamento de doenças crónicas e para a melhoria e/ou manutenção da qualidade de vida dos doentes. Segundo a Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Concelho da Europa (2013), a transplantação é o melhor tratamento para salvar vidas na fase final da falência de órgãos; mas sem colheita efetiva de órgãos não há transplantação.

Para Day (2001), os enfermeiros de cuidados ao doente crítico são frequentemente responsáveis pela deteção de potenciais dadores de órgãos e pelo seu tratamento ativo.

Deste modo, das 500 horas de estágio, 150 foram alocadas a um Serviço de Urgência Geral (SUG), 300 horas a uma Unidade de Cuidados Intensivos



Polivalentes e Neurocríticos (UCIPN), e por fim, 50 horas ao Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação.

Estes locais de estágios foram escolhidos a fim de cumprir os objetivos por mim delineados, nomeadamente o objetivo geral de **Desenvolver competências no cuidar da pessoa e família, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**, assim como quatro objetivos específicos:

- ❖ Desenvolver competências no cuidar do doente crítico a vivenciar processos complexos de doença;
- ❖ Desenvolver competências comunicacionais com a família do doente crítico;
- ❖ Desenvolver competências de enfermagem que permitam a identificação e tratamento do Potencial Dador (PD);
- ❖ Adquirir competências na área da coordenação da colheita e transplantação de órgãos.

Realço também que apenas abordarei a colheita sobre órgãos sólidos e que usarei o conceito de tratamento ativo do potencial dador de órgãos, uma vez que em Portugal, os documentos do Instituto Português de Sangue e Transplantação (IPST), entidade reguladora da colheita e transplantação, têm todos mencionado o conceito de tratamento ativo como sendo a manutenção do PD que outros artigos nomeadamente brasileiros utilizam.

Estruturalmente o relatório conta com um enquadramento teórico sobre a temática das intervenções de enfermagem na deteção e tratamento ativo do potencial dador de órgãos, e o capítulo do percurso de desenvolvimento de competências que se divide em subcapítulos que dizem respeito aos locais de estágio.

Este relatório cumpre as normas do Guia Orientador para a elaboração dos trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL, e as normas *American Psychological Association* (6ª Edição), redigido segundo o novo acordo ortográfico.



# **1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA DETECÇÃO E TRATAMENTO ATIVO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS**

Neste capítulo realiza-se um enquadramento conceptual sobre a história da transplantação, dados estatísticos, conceitos sobre a doação de órgãos, intervenções de enfermagem na deteção e no tratamento ativo do potencial dador de órgãos, assim como a legislação em vigor e as questões éticas. De seguida, abordarei o modelo teórico de Virgínia Henderson aplicado à doação de órgãos. Este capítulo traduz-se assim num fio condutor para o entendimento do desenvolvimento e aquisição de competências ao longo do meu percurso de estágio.

## **1.1. Enquadramento Conceptual**

A transplantação de órgãos humanos remonta ao início do século XX e com o avanço científico e tecnológico, tornou-se uma prática global com o objetivo major de melhorar a qualidade de vida de milhares de pessoas. Em Portugal a história da transplantação remonta ao ano de 1969 quando o Professor Linhares Furtado realizou o primeiro transplante renal de dador vivo. Passados 30 anos, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, ocorreu a primeira colheita de rim em dador cadáver e no dia seguinte a primeira transplantação renal de um dador cadáver bem-sucedida (Portugal & Macheta, 2013)

Após estes feitos, os transplantes afirmaram-se como um tratamento viável a inúmeras doenças crónicas e a sua maior limitação foi a escassez de órgãos, existindo hoje um desequilíbrio que tende a crescer entre a oferta e a procura de órgãos (Rech & Rodrigues-Filho, 2007b).

A redução do sofrimento e inerente melhoria da qualidade de vida, dos doentes com determinadas doenças crónicas, estão fortemente ligados à transplantação por esta ser a solução que confere, por vezes, a única opção de tratamento. No entanto, a escassez de órgãos disponíveis para doação limita o número de transplantes, contribuindo para o aumento da lista de espera, com o

consequente aumento de morbilidade e mortalidade dos doentes, portadores de doença crónica.<sup>1</sup>

De acordo com o *European Directorate for the Quality of Medicine & Healthcare* (EDQM, 2017), a cada hora na Europa, são adicionados cerca de 5 novos doentes à lista de espera para transplantação. Em Portugal, e de acordo com os dados mais recentes do EDQM, a 31 de dezembro de 2016 havia 2231 utentes em lista ativa de espera para transplante sendo que, desses, 1.308 correspondiam a novas entradas em lista durante esse ano, sendo que nesse mesmo período de tempo, ocorreram 66 mortes de doentes a aguardar um transplante e segundo os dados do Instituto Português de Sangue e Transplantação (IPST), nesse mesmo ano de 2016, em lista de espera para transplante de coração estavam 17 doentes, pâncreas 35 doentes, pulmão 59 doentes, fígado 108 doentes e rim 2011 doentes.

De acordo com o *International Registry on Organization Donation and Transplantation* (IRODAT) Portugal assumiu, em 2016, a 3ª posição mundial relativa à colheita de órgãos para transplante muito por causa da falta de identificação de possíveis dadores de órgãos. Contudo, esta posição não significa autossuficiência para dar resposta às listas de espera para transplante; e a carência de órgãos é uma realidade transversal a todos os países, com impacto na saúde das populações, sendo de referir que em 2016, existiram 66 mortes de utentes a aguardar transplante (EDQM, 2017). Dados do portal da transparência do SNS revelam que, em 2016, dos 2231 doentes em lista de espera para transplante apenas foram transplantados 864 órgãos.

Segundo o Despacho nº 5480/2017 de 23 de junho, relativamente à Matriz Normativa das Normas Hospitalares de Doação, a atividade de doação, estável e consolidada é imprescindível para assegurar a resposta às necessidades dos doentes que aguardam em lista de espera para transplante, ainda assim, essa atividade proveniente de dadores em morte cerebral (MC) em Portugal, comparativamente a outros países, é insuficiente face à grande carência de órgãos. No nosso país existe uma significativa perda de dadores por não identificação da condição, ou não referenciação adequada.

---

<sup>1</sup> De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2010), as doenças crónicas incapacitantes compreendem, hoje, cerca de 40 a 45% do total das doenças sinalizadas no nosso país; número este que, com o decorrer dos anos, tenderá a aumentar exponencialmente.

Relativamente à doação após a morte cerebral, a certificação da morte com base em critérios neurológicos com função cardíaca ativa deve seguir requisitos legais, sendo estes explanados posteriormente neste capítulo.

Enquadrando historicamente, no ano de 1950, devido à introdução de suporte ventilatório e hemodinâmico, observou-se que alguns doentes das UCI apresentavam EEG isoeletrico, abolição dos reflexos do tronco cerebral e apneia, bem como a ausência de circulação cerebral, os quais, quando autopsiados, demonstravam necrose cerebral avançada. Nesta altura surgiu o conceito de coma dépassé ou coma ultrapassado, descrito por Mollaret e Goulon, como um conceito de coma irreversível, aplicado a doentes em coma com abolição dos reflexos do tronco, apneia e EEG isoeletrico. Uma década depois, os Critérios de Harvard definiram o coma irreversível, ou morte cerebral, como um estado de coma não reativo, com causa identificada, ausência de respiração espontânea, de reflexos do tronco cerebral e de quaisquer movimentos, tornando a MC um novo modo de identificação de morte (Pita & Carmona, 2003). A necessidade de determinação da MC surge devido à evolução das técnicas de reanimação, de suporte ventilatório e hemodinâmico nas unidades de cuidados intensivos. Surge pela noção da futilidade dos cuidados prestados a corpos sem viabilidade, dada a necessidade de libertar ventiladores para quem deles precisasse. Ao surgir, permitiu equacionar a doação de órgãos e a realização de transplantes.

A morte cerebral pode então ser definida como a perda irreversível da função do tronco cerebral, e os critérios de morte cerebral encontram-se publicados em diário da república pela Ordem dos Médicos (Henneman & Karras, 2004).<sup>2</sup>

A declaração de MC requer a realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas. O intervalo de tempo entre as primeiras e as segundas provas de MC no adulto varia entre as 2h e as 24h.

As primeiras provas de MC no que concerne ao potencial dador de órgãos são acompanhadas da consulta do Registo Nacional de Não-Dadores (RENDA) e em Portugal, o sistema de registo aplicável é o consentimento presumido, regulado pelo Decreto lei nº244/94, de 26 de setembro, que regula o RENDDA, refere que:

---

<sup>2</sup> O diagnóstico de MC implica a ausência na totalidade dos reflexos do tronco cerebral: coma, reflexos fotomotores, reflexos corneanos, reflexos oculocefálicos, reflexos oculovestibulares, reflexo traqueal e prova de apneia.

a total ou parcial indisponibilidade para a dádiva post mortem de certos órgãos ou tecidos ou para a afectação desses órgãos ou tecidos a certos fins é manifestada junto do Ministério da Saúde, através da inscrição no RENNDIA mediante o preenchimento adequado pelos seus titulares ou representantes legais de impresso tipo, em triplicado. (Decreto-Lei nº 244/94, de 26 de setembro, p. 5781).

No que concerne aos vários conceitos relacionados com o dador de órgãos, estes podem ser definidos como possível dador de órgãos<sup>3</sup>, potencial dador de órgãos<sup>4</sup>, dador de órgãos elegível<sup>5</sup>, dador de órgãos efetivo<sup>6</sup>, dador de órgãos utilizado<sup>7</sup>.

De acordo com a Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Conselho da Europa (2013), a deteção de potenciais dadores falecidos é o ponto de partida para a transplantação. Ainda assim para as autoras Mendes, Roza, Barbosa, Schirmer, & Galvão (2012), a falta de notificação da morte cerebral e as falhas na manutenção dos órgãos para a sua colheita ainda representam fatores impeditivos à efetivação da doação. Nesse sentido, ressalta-se a importância da capacitação de profissionais de saúde envolvidos no processo de doação, nomeadamente dos enfermeiros, na busca de ações para diminuir a perda do potencial dador, visando elevar o número de doações e reduzir o sofrimento de pessoas em lista de espera.

Os enfermeiros de cuidados ao doente crítico são frequentemente responsáveis pela deteção de potenciais dadores de órgãos (Day, 2001). O primeiro passo do processo é a identificação do potencial dador e esta pode ocorrer, na chegada do doente crítico à urgência ou em qualquer unidade de internamento, numa instituição de saúde, em que se verifique a degradação progressiva da função neurológica que culmine numa situação de morte cerebral. No processo de referenciação, a enfermagem pode evidenciar um papel decisivo, com consciencialização do seu valor e atitudes positivas para a doação (Collins, 2005).

---

<sup>3</sup> doente com uma lesão ou doença cerebral catastrófica e aparentemente medicamente apropriado para a doação de órgãos.

<sup>4</sup> indivíduo cujo estado clínico aparenta cumprir os critérios de MC

<sup>5</sup> indivíduo clinicamente apropriado, declarado morto com base em critérios neurológicos conforme estipulado pela legislação

<sup>6</sup> indivíduo a quem foi feita uma incisão cirúrgica com a intenção de colher órgãos para transplantação ou de quem se colheu, pelo menos, um órgão para transplantação

<sup>7</sup> Um dador efetivo de quem, pelo menos, um órgão foi transplantado.

A identificação de um PD em MC é consensual e a existência de algumas condições prévias ao diagnóstico definitivo é fundamental. A presença 24 horas por dia do enfermeiro junto do doente, torna-o no elemento mais competente para reconhecer os primeiros sinais de MC (Peiffer, 2007). Os enfermeiros estão bastante treinados para verificar a ausência de respiração espontânea, a existência de midríase fixa, assim como uma avaliação baixa na Escala de Coma de Glasgow (GCS). Estes três fatores em conjunto com um conhecimento prévio da causa da alteração neurológica e a constatação de que há estabilidade hemodinâmica e ausência de hipotermia, alterações endócrinas e metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central (SNC) ou bloqueadores neuromusculares reúnem as condições necessárias para que o enfermeiro alerte a restante equipa de saúde para a presença de um processo de morte cerebral e consequente início das provas de MC.

A MC gera um padrão hemodinâmico próprio com uma desregulação consecutiva resultado da perda de aferências centrais gerando como consequência principal uma instabilidade hemodinâmica e uma disfunção cardiovascular. O desenvolvimento de diabetes insipida central é frequente e deve ser resolvida precoce e agressivamente. A gestão cardiovascular, pulmonar e metabólica constitui a pedra angular do tratamento dos PD. A estratégia de proteção dos órgãos afere um tratamento rigoroso e uma monitorização contínua e deve incluir:

- ❖ Manutenção hemodinâmica;
- ❖ Manutenção dos eletrolíticos;
- ❖ Manutenção da temperatura corporal;
- ❖ Manutenção endócrina;
- ❖ Monitorização e correção das principais coagulopatias;
- ❖ Ventilação Mecânica adequada;
- ❖ Manutenção da função renal com a prevenção de poliúria e oligúria.

De acordo com Guetti & Marques (2008), o tratamento ativo do potencializador inclui a prevenção, deteção precoce e tratamento imediato das principais complicações advindas da MC para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições funcionais possíveis. O enfermeiro deve

estar capacitado a identificar tais alterações fisiopatológicas para que, junto com a equipa de saúde, possa instituir medidas terapêuticas adequadas.

A avaliação e monitorização do PD, pelo enfermeiro, assumem vital importância no resultado do transplante. A prevenção e deteção precoce das principais complicações, advindas da morte cerebral, permitem ao enfermeiro, dentro da equipa multidisciplinar, instituir medidas terapêuticas adequadas, de modo a assegurar a viabilidade dos órgãos (Guetti & Marques, 2008).

Posso então inferir que o papel do enfermeiro junto do dador consiste em monitorizar, avaliar e interpretar vários parâmetros vitais, tais como:

- ❖ Tensão Arterial, Pressão Arterial Média e Frequência Cardíaca
- ❖ Interpretação do traçado eletrocardiográfico (ECG);
- ❖ Saturação periférica de oxigénio;
- ❖ Temperatura;
- ❖ Glicemia capilar;
- ❖ Colheita, realização e interpretação de gasimetria;
- ❖ Monitorização do débito urinário.

Tem também ainda como função a gestão e avaliação da resposta fisiológica à terapêutica instituída e a monitorização do suporte ventilatório aplicado. Neste sentido é importante que o enfermeiro tenha conhecimentos científicos que possam sustentar a sua prática, de modo a alcançar uma melhor interpretação dos dados recolhidos, visando a melhoria na qualidade dos cuidados prestados e participar nos cuidados à família numa perspetiva cultural e religiosa de forma a adequar as suas intervenções para que todos sejam beneficiados, com o objetivo da família aceitar o conceito de morte cerebral e o desenrolar do processo (Benner, 2001; Seixas 1995). Assim, além de estar responsável pelos cuidados ao dador, o enfermeiro também assume o papel de prestar apoio à família/pessoa significativa do dador, ajudando a compreender o diagnóstico da MC e respondendo a questões e preocupações que vão surgindo, uma vez que se encontra na melhor posição para assegurar um apoio às famílias, e está bem preparado através da formação e da experiência (Bartucci, 2003).

Embora nesta situação não existam momentos ideais, para Rech e Rodrigues-Filho (2007a) o momento para a abordagem à família sobre a doação de



órgãos é após a notícia da MC. Quando lhe é dada a notícia da MC, as famílias ficam muito vulneráveis pois veem o corpo do seu ente querido quente, rosado, com o coração a bater, a respirar (ainda que esteja conectado ao ventilador) e podendo até apresentar movimentos por automatismos espinhais (Pita & Carmona, 2004). Assim, o enfermeiro envolvido neste processo deve esclarecer qualquer dúvida assim como os conceitos errados aos familiares, para que desse modo a família perceba que o doente não irá recuperar com terapêuticas adicionais. A família tem de ter presente que tudo foi feito para impedir a morte do doente e que este recebeu todos os tratamentos disponíveis para o salvar (Bonalumi, 2011).

Deste modo, e segundo o que está definido pelo Transplant Procurement Management (TPM) (2007) a difícil função de entrevistar os familiares engloba: comunicação da morte, apoio emocional, comunicação da doação e, por fim, avaliação dos riscos biológicos. Este encontro com a família do PD deve decorrer num ambiente calmo e confortável para que a aproximação a esta revele compaixão e assistência e não a simples aquisição de órgãos (Bartucci, 2003).

É ainda importante abordar as questões éticas e legais subjacentes à doação, colheita e transplantação de órgãos de dadores falecidos. A manipulação de órgãos humanos e do corpo de dadores falecidos deve ser conduzida de uma forma que evidencie respeito pelos direitos fundamentais e pelo corpo humano.

Uma das razões referidas para a escassez de órgãos é o elevado índice de recusa da família em autorizar a colheita de órgãos do seu familiar falecido (Tomé & Boléo, 1996). Para a resolução deste problema têm sido apresentadas várias soluções, entre as quais campanhas de sensibilização para doação voluntária em vida (*opting in*) (Serrão, 1996). Por outro lado, existe a solução encontrada por diversos especialistas, legisladores e políticos de diversos países, onde Portugal se enquadra, através da promulgação de leis que instituem a doação presumida.

Em Portugal a Lei número 12/93 de 22 de abril regula a colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Aplica-se a cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal. Em relação aos estrangeiros, esporadicamente, em Portugal, o regime jurídico rege-se pelo seu estatuto pessoal. Alguns artigos viriam a ser alterados com a introdução da Lei número 22/2007 de 29 de junho. Assim à luz da Lei vigente “são considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em

Portugal que não tenham manifestado, junto do Ministério da Saúde, a sua qualidade de não dadores” (artigo nº 10). Quando a indisponibilidade para a dádiva for limitada a certos órgãos ou tecidos ou a fins específicos, as restrições devem ser expressamente indicadas nos respetivos registos e cartão, como referido anteriormente. Este consentimento presumido reconhece que a pessoa é livre e autónoma para tomar decisões que afetem a sua vida, a sua saúde e do seu bem-estar. Assim, ao aceitar como legítima a objeção, ou não, do próprio indivíduo, manifestada em vida, a colheita de órgãos para transplante respeita o princípio da autonomia (Oguisso & Zoboli, 2006). No que concerne aos princípios da beneficência e não-maleficência, estes também são aplicáveis à doação e transplantação uma vez que é exigido um bom resultado nas intervenções garantindo segurança em todo o processo. Segundo Gafo (2011), o princípio da beneficência deve ser fomentado mediante campanhas de sensibilização e de informação assim como a responsabilidade profissional se encontra intimamente ligada ao mesmo princípio. Contudo, para assegurar o princípio da não-maleficência não se deve causar dano desproporcionado aos dadores e os órgãos colhidos têm de estar em condições que não provoquem danos aos recetores (Gafo, 2011).

Para além dos princípios éticos já mencionados, existem ainda outros inerentes à doação e transplantação, é o caso do princípio da confidencialidade e da justiça (CNECV, 1991). Segundo a OE (2003), o princípio da confidencialidade traduz-se na garantia e no resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua divulgação não autorizada. Faz ainda parte do código de ética dos enfermeiros considerar estritamente confidencial tudo o que o doente com eles partilhe, sendo totalmente e igualmente proibido revelar a identidade do dador ao recetor (Henderson, 2007). Por fim, o princípio da justiça remete-se à igualdade de todas as pessoas poderem beneficiar de um transplante de órgãos.

## **1.2. Modelo Teórico de Virgínia Henderson**

Após todas as explanações sobre a temática, falta agora alicerçar tudo o que foi escrito num referencial teórico, uma vez que a sua aplicação e utilização no processo de cuidar defende a Enfermagem com uma linguagem própria, convergindo no sentido de uma prática avançada e sustentada num processo interativo, contribuindo para o cuidado integral e humanizado, valorizando a

complexidade e subjetividade de cada pessoa; assim como, a inclusão de um modelo orientador na prática, confere visibilidade e credibilidade à profissão. Ao abordar o tema da doação de órgãos, o modelo teórico de Virgínia Henderson das necessidades humanas fundamentais oferece uma série de ideias que são suficientemente amplas para a teoria ser aplicada ao processo de doação (Sierra, Ortiz, & Poza, 1997). Os enfermeiros devem dominar a política e os procedimentos para a doação de órgãos e prezar as necessidades individuais, nomeadamente, as vitais (respirar, comer e beber, eliminar, manter a temperatura corporal num nível normal e evitar os perigos) e de apoio emocional aos familiares agindo segundo as suas crenças e valores (Henderson, 2007). Por isso, tanto no caso de um doente crítico como no caso de um dador de órgãos, a função do enfermeiro é, fundamentalmente, a de substituição pois praticamente todas as suas necessidades humanas fundamentais se encontram afetadas e cabe ao enfermeiro a prestação da totalidade dos cuidados.

Henderson refere que existem dois grupos de enfermeiros na doação de órgãos: os que coordenam a doação e os que cuidam dos possíveis e/ou dos potenciais dadores de órgãos (Nicely & Delario, 2011). Ainda de acordo com os mesmo autores, Henderson refere que de entre as diversas opiniões sobre o processo de cuidar em enfermagem, os melhores cuidados de saúde são focados na família, incluindo o doente. Conforme já foi referido, existe uma ligação indireta entre o enfermeiro que cuida do dador de órgãos e o doente que os receberá, no sentido em que as ações do enfermeiro e o cuidar do enfermeiro podem afetar/melhorar a viabilidade dos órgãos a serem colhidos e posteriormente transplantados nos recetores.

De acordo com Henderson (2007), as catorze necessidades humanas básicas foram projetadas para pessoas doentes, embora as observações desta também se apliquem em indivíduos em MC.

Para Nicely & Delario (2011), Virgínia Henderson identificou as catorze necessidades humanas básicas que acreditava devolverem a independência ao doente. Embora seja claro que um indivíduo em MC não se tornará independente, a doutrina de Henderson pode e deve ser um fio condutor que assegura os desejos do PD, tomados enquanto este era independente.

Abordarei de seguida as catorze necessidades humanas básicas à luz dos cuidados de enfermagem prestados no processo da doação de órgãos, tanto ao PD como à sua família.

A primeira necessidade de Henderson é a respiração normal (Henderson, 2007). Os PD sofreram lesões neurológicas devastadoras, e, com os sistemas autorreguladores do organismo comprometidos, é importante estabelecer e manter a oxigenação adequada. A intubação via endotraqueal e a ventilação invasiva são necessárias e não são negociáveis num doente em MC (Nicely & Delario, 2011). Essa intervenção é típica nos cuidados emergentes de resposta ao trauma, mas uma enfermeira especialista em doente crítico e mestre em enfermagem, que está ciente de que a doação de órgãos é possível, compreenderá os efeitos que a proteção e manutenção precoce da via aérea e da oxigenação terá na viabilidade dos órgãos mais tarde.

Comer e beber adequadamente é a próxima atividade enumerada por Henderson (2007). A degradação neurológica elimina completamente a habilidade do doente se nutrir de forma autónoma. A hora crítica entre a lesão inicial e a determinação da MC necessita de uma enfermeira experiente que possa sugerir fluidos e perfusão de eletrólitos que mantenham a adequada perfusão dos órgãos (Nicely & Delario, 2011). Para os mesmos autores, no caso do PD o conceito de assistir no comer e beber adequadamente, de Henderson, é expandido em estabelecer e manter a hidratação e a volémia adequada, que suporte uma apropriada função dos órgãos.

A terceira necessidade de Henderson é a eliminação corporal (Henderson, 2007). Quando a função cerebral está comprometida, a produção da hormona antidiurética diminui até cessar completamente aquando da MC. Os rins são altamente sensíveis a esta lesão e respondem com a diminuição do débito urinário, início da diabetes insípida e outras alterações. O enfermeiro que compreende o sensível balanço entre a função renal e os restantes sistemas do organismo, será capaz de monitorizar as funções dos órgãos através de resultados laboratoriais, que se tornarão essenciais e servirão de linhas orientadoras para as intervenções de enfermagem (Nicely & Delario, 2011).

A quarta e quinta necessidade humana básica de Henderson é mover-se e manter postura adequada, dormir e repousar (Henderson, 2007). A degradação

neurológica impede todos os movimentos voluntários; num doente comatoso, o enfermeiro garante um frequente posicionamento no leito para prevenir a perda de integridade cutânea, estase pulmonar e pneumonia (Nicely & Delario, 2011).

A sexta atividade é a escolha de roupa confortável – vestir e despir (Henderson, 2007). No caso de um PD, o respeito pela dignidade é igualmente importante quando comparado com um doente que não esteja em MC (Nicely & Delario, 2011). Ainda de acordo com os mesmos autores, manter o PD corretamente coberto recorda os outros profissionais de saúde que o PD tem um valor como ser humano e não está “perdido” nas circunstâncias preditivas da sua morte.

Virgínia Henderson é consciente do ambiente na sua teoria e essa consciência vem explanada na sétima necessidade humana básica que é prevenir danos e manter um ambiente seguro (Henderson, 2007). Para Nicely & Delario (2011), um exemplo de prevenção de danos para os outros, no processo de doação, é realizar os testes de compatibilidade para garantir a segurança dos órgãos doados assim como a segurança do recetor dos mesmos. Muitas intervenções como a manipulação dos ventiladores, lâmpadas de aquecimento e roupa apropriada, são parte do ambiente integrante. Os enfermeiros são responsáveis pela proteção do ambiente emocional que envolve a doação de órgãos, tanto para a família do PD como para os profissionais de saúde que trabalham com o dador. Muito tem sido escrito sobre a morte e o luto, mas ninguém pode prever como cada pessoa, incluindo os profissionais de saúde, irão responder à morte de um doente. A morte cerebral complica muitas vezes esta experiência, uma vez que as funções fisiológicas da pessoa são mantidas pela ventilação mecânica e administração de fluidos, aminos e outras medicações, bem como a monitorização frequente dos sinais vitais. O observador vê o doente numa cama de hospital, com movimentos respiratórios, pele quente ao toque e outras funções semelhantes a um doente vivo. A família, no seu misto de emoções, encontra esta dicotomia e poderá estar mais vulnerável, encontrando maior dificuldade entre diferenciar a MC e um estado comatoso. O conhecimento do enfermeiro sobre a MC é essencial. Se a família de um PD percebe incerteza por parte do enfermeiro, esta poderá hesitar sobre a declaração da MC o que poderá afetar a doação de órgãos. A situação poderá causar emoções frágeis, que quando não validadas, poderão dificultar e ameaçar o ambiente (Nicely & Delario, 2011).

A oitava necessidade elaborada por Henderson é manter a temperatura adequada (Henderson, 2007). Ao longo da perda do controlo voluntário do SNC e da degradação neurológica, as funções do hipotálamo ficam comprometidas enfraquecendo a capacidade do organismo regular a sua temperatura. Aquecer ou vestir o PD é parte integrante dos cuidados de enfermagem, providenciando estes cuidados quando o doente não o consegue fazer (Nicely & Delario, 2011).

A nona necessidade de Henderson é a proteção dos tegumentos (Henderson, 2007). Mantendo o respeito pela privacidade e dignidade, a prestação de cuidados de higiene ao doente, promovendo uma proteção da pele, é essencial. A família ao observar o seu ente querido com sinais de vida (através das máquinas de monitorização e dos movimentos respiratórios), mas neurologicamente morto, fica devastada (Nicely & Delario, 2011). Quando este olhar está sob um corpo descuidado, sujo, com sangue, poderá tornar esta situação mais penosa. É ainda importante cuidados próprios aos tegumentos, principalmente em zonas onde estão inseridos dispositivos invasivos, uma vez que é uma intervenção de enfermagem o controlo de infeção. Aspiração frequente de secreções e os cuidados de higiene oral, são igualmente importantes para minimizar o risco de hipoxémia e/ou infeção.

Relativamente à décima necessidade humana básica delineada por Henderson, esta prende-se com a comunicação (Henderson, 2007). De acordo com Nicely & Delario (2011), o enfermeiro comunica com o doente de forma clara e reconfortante, explicando tudo o que está a acontecer, anunciando procedimentos de modo a transmitir segurança ao doente. Este tipo de comunicação é a apropriada até a MC ser declarada. Uma vez a MC declarada, é importante que o enfermeiro cesse a comunicação verbal dirigida ao PD em MC. Despender tempo adicional com as famílias, explicando a MC e permitindo todas as questões, vai melhorar a sua experiência com o processo de fim de vida. Os enfermeiros associados ao processo de doação de órgãos deverão otimizar as suas competências para uma escuta ativa, que forneça respostas reais e honestas. Uma comunicação clara e consistente é essencial.

Fé e Crenças são a décima primeira necessidade da autora do livro *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem* (Henderson, 2007). A prática de enfermagem, especialmente o processo de morte, poderá incidir nas crenças pessoais do enfermeiro (Nicely & Delario, 2011). Ainda em concordância com os

autores anteriormente referidos, os doentes e famílias podem ter diferentes crenças e o enfermeiro tem de as respeitar. Os enfermeiros podem e devem ser agentes facilitadores na transmissão de informação às entidades religiosas solicitadas pela família, facilitando os rituais de adoração ou de fim de vida.

No que concerne à décima segunda e décima terceira necessidade humana básica de Henderson, estas são: trabalhar de forma satisfatória e participar em atividades recreativas (Henderson, 2007). Os enfermeiros relacionados com o processo de doação encontrarão algumas situações em que a prática de atividades recreativas, infelizmente correram mal, dando origem a terríveis acidentes (Nicely & Delario, 2011). É comum as famílias sentirem culpa, projetando as suas frustrações neles próprios, noutras pessoas ou nos equipamentos responsáveis pela morte do seu ente querido. Os enfermeiros deverão lembrar as famílias das especificidades do evento e que, por vezes, eventos terríveis podem acontecer. A participação em atividades recreativas não se aplica ao PD, mas permanece importante para a família e para a equipa de saúde. Os enfermeiros têm a responsabilidade de relembrar às famílias a necessidade de cuidar de si mesmas.

A última atividade de Henderson para o doente é aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento e à saúde normais e usar os serviços de saúde disponíveis (Henderson, 2007). Mais uma vez esta necessidade não é a mais relevante para o indivíduo em MC, no entanto, muitas famílias experienciam o luto pela primeira vez. A maioria das pessoas que se encontram num processo de sofrimento beneficia de informação, instrução e apoio continuado (Nicely & Delario, 2011). O enfermeiro tem oportunidade de fornecer apoio no luto inicial e dar alguma orientação às famílias, através de recursos de suporte emocional, afirmando a normalidade dos sentimentos dos familiares. O enfermeiro pode ainda optar por estudar mais sobre o luto e realizar formação acerca do tratamento ativo do PD ou sobre a enfermagem em geral.

Em suma, as necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson nos cuidados de enfermagem, aplicam-se facilmente e logicamente ao processo de doação de órgãos para transplante. Aplicando dentro do contexto mais amplo do metaparadigma de enfermagem – pessoa, ambiente, saúde e enfermagem – as atividades de Henderson fornecem uma estrutura fundamental dentro da qual o enfermeiro pode trabalhar de forma completa (Nicely & Delario, 2011). Henderson

estava ciente da necessidade de incluir a família do doente e os seus princípios funcionam igualmente bem no cuidado à mesma. Henderson escreve ainda que a complexidade e a qualidade do serviço são limitadas apenas pela imaginação e pela competência do enfermeiro que o interpreta (Henderson, 2006). Faz também alusão à autonomia do enfermeiro, estimulando a expansão de oportunidades para os enfermeiros se especializarem em práticas avançadas, como a doação e a transplantação de órgãos. As necessidades que Virgínia Henderson enumera como elementos cruciais na excelência do cuidar, estendem-se à família do doente e, no caso da doação de órgãos, aos recetores dos órgãos doados. O enfermeiro que aplique os conceitos de Henderson ao longo do processo de doação contribuirá significativamente para transferir o presente da vida de um ser humano para um ou mais seres humanos, na fase seguinte do processo de doação (Nicely & Delario, 2011).



## **2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Neste capítulo pretendo fazer uma análise reflexiva da experiência por mim vivida nos campos de estágio particularizando e explicando as competências desenvolvidas nunca esquecendo a minha experiência como enfermeira no meu contexto de trabalho, uma vez que segundo Benner (2001), experiência vivenciada não se traduz apenas na passagem do tempo, mas sim ao melhoramento da teoria em si e das noções pré-concebidas pelo encontro de situações reais que acrescentam nuances ou diferenças à teoria, desta forma a vivência prática é sempre mais complexa e permite apresentar muitas mais realidades. Esta aprendizagem em experiência é uma condição necessária para os enfermeiros, não só pela constante evolução do conhecimento técnico e científico na área da saúde, mas também pelo essencial desenvolvimento da perícia em que a experiência se apresenta como uma condição indispensável ao seu desenvolvimento.

Uma vez que se trata de um ensino de 2º ciclo tenho de ter sempre presente os Descritores de Dublin assim como as competências expressas em Diário da República, tanto as comuns do Enfermeiro Especialista como as mais específicas relativas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Este percurso iniciou-se tendo em conta a minha motivação pessoal e profissional pela área da doação de órgãos por esta ser uma das terapêuticas para o tratamento de doenças crónicas e para a melhoria e/ou manutenção da qualidade de vida dos doentes e que, pela falta de formação e conhecimento, a identificação do potencial dador de órgãos e consequentemente o seu tratamento ativo não são feitos da melhor forma. Assim, decidi alocar as 500 horas de estágio a três locais diferentes, mas onde a sua importância no processo é inegável. Deste modo, realizei 150 horas de ensino clínico num Serviço de Urgência Geral num Hospital Central de Lisboa, aloquei 300 horas numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes Neurocríticos também de um Hospital Central em Lisboa e, por fim, 50 horas no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação de Órgãos no mesmo Hospital.

## **2.1. Serviço de Urgência Polivalente**

Na minha prática profissional presto cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica num serviço de urgência todos os dias. Os doentes críticos não estão apenas alocados às salas de reanimação nem às salas de trauma. Atendendo ao fato que um doente crítico é uma pessoa em situação crítica cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, este pode estar em qualquer parte da urgência (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Ainda assim, o local de eleição para estes doentes é a sala de reanimação e as salas de trauma, uma vez que os doentes considerados críticos vindo do exterior são rececionados nestas salas, e os doentes cujo estado de saúde agrava e passam de doentes não críticos a críticos, mesmo que já se encontrem alocados a outros setores, são devidamente encaminhados para as salas de reanimação e/ou trauma. Deste modo, em concordância com o enfermeiro orientador, optámos por que minhas horas de estágio se desenrolassem entre as salas de reanimação e as salas de trauma. Segundo a Direção-Geral de Saúde (2001) a sala de reanimação existe para o atendimento ao doente em risco iminente de falência multiorgânica ou morte.

Tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica adulta com diversas idades e os diversos diagnósticos assim como os diversos focos de instabilidade. O doente mais jovem a quem tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem era um doente com cerca de 26 anos, alto e magro e um grande fumador que recorreu ao SU por uma dor pleurítica e cansaço fácil a médios esforços com 2 dias de evolução. Na triagem é avaliada uma saturação periférica de oxigénio que se encontrava baixa (89%). Segundo a Triagem de Manchester, o doente foi triado com pulseira laranja o que atribui a prioridade de muito urgente e o encaminhamento foi feito para a sala de reanimação. Neste SU existem 4 salas de reanimação, sendo que duas delas estão equipadas preferencialmente para rececionar doentes vítimas de trauma, embora também possam receber doentes críticos do foro médico. Neste dia, a única vaga existente era na sala 1, sala que está preferencialmente destinada a trauma. As restantes 3 salas estavam ocupadas sendo que na sala, 2, que tem ligação à sala 1, estava um doente em estado muito grave que mobilizava para junto dele toda a equipa de

cirurgia geral, anestesia e ortopedia e imensos enfermeiros pois o doente devido ao seu estado complexo de saúde assim o exigia.

Por minha iniciativa e com o consentimento do enfermeiro orientador, rececionei este jovem doente na sala nº1 juntamente com o médico assistente, dinamizando a resposta a esta situação de emergência<sup>8</sup>. A abordagem foi feita de acordo com o ABCDE – Avaliação primária – seguindo-se de uma avaliação secundária. Esta abordagem faz parte da abordagem inicial do doente crítico (INEM, 2011). Rapidamente percebi que o problema se encontrava na ventilação e após o médico auscultar percebe que existe uma diminuição do murmúrio vesicular no campo pulmonar esquerdo. De imediato é solicitada uma radiografia de tórax intransportável e após visualização do exame de imagem o diagnóstico está feito: pneumotórax espontâneo à esquerda já com desvio ligeiro da traqueia, que pode indicar um sinal de alarme para evoluir para um pneumotórax hipertensivo.

Após a avaliação inicial do doente e estabilização do mesmo, preparo então a mesa com o material para o médico proceder à drenagem do pneumotórax, respeitando sempre o princípio assético, maximizando a prevenção e o controlo de infeção perante a PSC (OE, 2018). Explico o procedimento ao doente e vou ajudando o médico conforme o desenrolar do processo, alertando o mesmo sobre a dor que o doente me verbalizou que sente. Durante todo o processo vou explicando ao doente o que se está a passar monitorizando ao mesmo tempo os sinais vitais e promovendo o máximo de conforto e privacidade, tendo sempre presente aquela que é uma das competências comuns do enfermeiro especialista, a de garantir as práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, fomentando o respeito pelo direito do doente à privacidade. Após o término do procedimento, e após colocar o doente numa posição mais confortável no leito atendendo à especificidade da situação, questiono-o sobre a presença ou não de algum familiar na sala de espera ao que ele me diz que a sua namorada estaria lá fora e se a podia ver. Explico que atendendo à logística daquela sala e o que se estava a desenrolar a escassos metros de nós, não seria possível a entrada da namorada naquele momento, mas que assim que fosse possível eu a iria chamar. Completei o processo efetuando os registos de enfermagem e articulando com a

---

<sup>8</sup> Conforme Regulamento nº 429/2018 publicado em Diário da República, 2ª série – nº 135 de 16 de julho de 2018, o Enfermeiro Especialista na área da PSC dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe.

chefe de equipa para mobilizar o doente para a sala de observação, uma vez que o procedimento tinha decorrido com sucesso e o doente já não carecia de estar na sala de reanimação. O enfermeiro especialista tem como responsabilidade a gestão dos cuidados assim como otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas (OE, 2019). Prontamente fui ouvida e rapidamente o doente saiu para o SO, tendo então recebido a visita do seu familiar. Nestas 150 horas de estágio, foram diversas as oportunidades que tive de cuidar de um doente crítico, seria impossível descrevê-las todas ao pormenor. Exemplifiquei esta pois considero que foi um bom exemplo das competências que um enfermeiro especialista em doente crítico deve ser detentor assim como a visão holística e pensamento em enfermagem que um enfermeiro mestre em enfermagem deve possuir, maximizando sempre a prevenção e o controlo da infeção mesmo em condições adversas.

Assim, e segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença é prestar cuidados em situação emergente e antecipar instabilidade e risco de falência orgânica, identificando prontamente focos de instabilidade respondendo de forma pronta aos mesmos, fazendo a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC otimizando as respostas e identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, garantido a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e demonstrado conhecimentos e habilidades em medidas não-farmacológicas para aliviar a dor. Gere ainda o estabelecimento de relação terapêutica perante a pessoa selecionando e utilizando de forma adequada as habilidades de relação de ajuda à PSC, avaliando por fim o processo de relação estabelecida.

Na elaboração dos objetivos específicos para este ensino clínico achei pertinente desenvolver também competências especializadas na prestação de cuidados ao doente neurocrítico no serviço de urgência. O doente neurocrítico é o doente com patologia neurológica, causada por traumatismo ou por doença vascular cerebral isquémica e/ou hemorrágica, que necessita de suporte das funções vitais (Beja, 2010; *Neurocritical Care Society*, 2019). O cuidado prestado ao doente neurocrítico é feito por uma equipa multidisciplinar onde o enfermeiro tem um papel ativo na identificação de potenciais focos de instabilidade e deve atuar em parceria com o médico no sentido de impedir e /ou minimizar a lesão secundária.

No caso específico de lesões neurológicas por traumatismo, nomeadamente nos traumatismos crânio encefálicos, é fundamental que o enfermeiro que receciona este tipo de doentes numa sala de reanimação tenha conhecimento dos mecanismos de lesão e das forças envolvidas, a fim de garantir o tratamento adequado e reduzir a possibilidade de lesões secundárias ou de não detetar outras lesões (Sheehy, 2010). O enfermeiro especialista em PSC deverá também antecipar focos de instabilidade, diagnosticando precocemente as complicações e implementando respostas de enfermagem apropriadas às complicações (OE, 2018).

Durante o meu estágio neste serviço de urgência, tive oportunidade de cuidar de doentes neurocríticos ou potencialmente neurocríticos. Rececionei na sala de emergência uma senhora vítima de uma queda de 10 degraus da qual resultou um TCE com ponto de aplicação occipital e que após realização de TAC CE foi possível observar a presença de um hematoma subdural e alguns focos de contusão hemorrágicos. Segundo Smith (1992), os TCE fechados, em que não há penetração do couro cabeludo e do crânio, são mais frequentes do que as feridas penetrantes. O nível de consciência da pessoa após a lesão é o melhor indicador da ligeireza ou da gravidade das consequências. Os hematomas subdurais podem ser decorrentes da laceração dos vasos corticais, como as veias tributárias que drenam do córtex para o seio sagital superior. São comumente associadas a outras lesões, como contusões cerebrais (Bongard & Sue, 2005).

A doente tinha sido trazida pelos bombeiros voluntários e encontrava-se em score 14 na escala de coma de Glasgow. Para Sheehy (2010), o indicador mais fidedigno da função neurológica do doente é o seu prévio estado de consciência e compará-lo com os parâmetros de referência. O enfermeiro mestre em enfermagem e especialista em doente crítico pode fazer toda a diferença neste parâmetro, uma vez que olha para o doente como um todo e não apenas como uma parte, aplicando os conhecimentos e a capacidade de compreensão de situações novas em contextos alargados, conforme vem descrito nos descritores de Dublin (2012) do 2º Ciclo. Fazer uma recolha de dados objetiva e rápida é uma ótima ajuda para uma avaliação de score fidedigna. Neste caso específico, esta doente, já tinha como antecedente pessoal uma síndrome demencial, não se sabendo, porém, se seria insipido ou já numa forma avançada. Obter informações junto da família do doente ou da pessoa significativa deve ser feito pelo enfermeiro responsável do doente,

tentando de uma forma sistemática e rápida reunir o máximo possível de informação pertinente para a avaliação primária, no que concerne ao score e posteriormente para a avaliação secundária no que respeita à medicação habitual (antiagregantes e/ou anticoagulantes) e grau de dependência. Nesta abordagem o enfermeiro mestre em enfermagem e especialista em PSC revela conhecimentos e capacidades de compreensão, aplicando-os e realizando julgamentos e tomadas de decisão. Implementa ainda respostas de enfermagem apropriadas às complicações, monitoriza e avalia a adequação das mesmas aos problemas identificados (OE, 2018).

No caso específico desta doente, o filho chegou pouco tempo depois o que me permitiu recolher dados importantes, nomeadamente obter a informação de que a doente era perfeitamente autónoma nas atividades de vida diárias e que era orientada em todas as referências. Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a família face à situação de alta complexidade, é mais uma competência do enfermeiro especialista em PSC (OE, 2018). Após recolher esta informação, tenho de ficar alerta uma vez que a doente se apresenta em score 14 por apresentar um discurso confuso, não sabendo onde está nem o que aconteceu. Como enfermeira aspirante a mestre de enfermagem e a especialista, e atendendo mais uma vez às competências do enfermeiro especialista em PSC, tenho de ter sempre presente a gestão do bem-estar da pessoa em situação crítica otimizando as respostas e identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, ou seja, esta doente poderia apresentar um discurso confuso não sabendo onde está e o que aconteceu simplesmente porque ainda ninguém lhe tinha explicado onde estava, e uma vez que sofreu um TCE com perda de conhecimento, seria expectável que apresentasse amnésia para o sucedido. Deste modo, informei a doente que estava no hospital, no serviço de urgência pois tinha caído das escadas e tinha sofrido uma pancada na cabeça e teria desmaiado. Após fornecer esta informação, cabe-me avaliar à posteriori a capacidade de reter a informação por parte da doente para poder fazer o diagnóstico de enfermagem diferencial se efetivamente a doente teria ou não alteração do estado de consciência.

Também a comunicação é uma competência de enfermagem e essa, talvez, seja aquela onde tenho mais dificuldade. Para Phaneuf (2002), a comunicação é um

processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação é transmitida de uma forma consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e pela maneira de agir dos intervenientes. Através da comunicação apreendemos e compreendemos as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, caso seja, criar laços significativos com a pessoa.

Após tentar situar a doente na ação, volto a avaliar o seu nível de consciência e denoto que para além de a doente continuar sem saber onde está e sem saber o que aconteceu, progressivamente vai ficando mais prostrada e menos reativa. Volto a fazer uma avaliação sistemática de acordo com a abordagem já anteriormente descrita, ABCDE, e encontro um problema no D – disfunção neurológica- uma vez que a doente se encontra em score 13 na escala de coma de Glasgow. A GCS é um instrumento de medida, objetivo e universalmente reconhecido, do estado neurológico do doente e que tem como fim a avaliação do nível de consciência e deve ser orientada no sentido de obter o maior nível ou melhor resposta com o mínimo estímulo (Sheehy, 2010). O score 13 corresponde, neste caso, a uma abertura ocular apenas ao estímulo verbal, a uma resposta verbal confusa e a uma resposta motora em que obedece a ordens. Após encontrar esta alteração do estado de consciência, informo o médico responsável e é agilizado o transporte da doente à TAC. Após a TAC é identificado então o hematoma subdural e os diversos focos de contusão hemorrágicos e é trazida de novo à sala de emergência para vigilância apertada do estado neurológico e controlo tensional caso fosse necessário, assegurando sempre uma via aérea permeável e uma respiração eficaz. Foi fornecida a informação ao filho e proporcionou-se que ele a visitasse ainda na sala de emergência.

Considero também neste caso ter cumprido com as competências que já foram anteriormente descritas, nomeadamente, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e prestar cuidados em situação emergente e antecipar instabilidade e risco de falência orgânica, identificando prontamente focos de instabilidade respondendo de forma pronta aos mesmos, fazendo a gestão diferenciada do bem-estar da PSC otimizando as respostas e identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, gerindo o estabelecimento de relação terapêutica perante a pessoa selecionando e utilizando de forma adequada

as habilidades de relação de ajuda à PSC, avaliando por fim o processo de relação estabelecida.

Não podia deixar de desenvolver competências na área de estudo eleita por mim para este percurso de desenvolvimento e aquisição de competências. Por isso, defini também como objetivo específico para este campo de estágio desenvolver competências de enfermagem que permitam a identificação e o tratamento ativo do potencial dador de órgãos. E é no serviço de urgência que, muitas vezes, são identificados potenciais dadores de órgãos e, para Day (2001), os enfermeiros de cuidados ao doente crítico são frequentemente responsáveis pela deteção de potenciais dadores de órgãos e pelo seu tratamento ativo.

Durante o meu estágio no SU, apenas tive oportunidade de contatar com um possível dador uma vez. Aconteceu no turno da tarde quando recebemos o turno da sala de emergência e nos é dito que na sala 2 estaria um doente, que de momento estava na TAC, vítima de atropelamento com projeção de cerca de 3 metros com TCE grave e traumatismo facial. Foi-nos dito que o doente estaria entubando a nível endotraqueal conectado a ventilação mecânica invasiva, hipotenso e taquicárdico e em score 4 (ausência de resposta ocular, ausência de resposta verbal e resposta motora em extensão) na escala de coma de Glasgow. Imediatamente solicitei ao enfermeiro orientador se poderíamos ser nós a ir render o colega na TAC e assumirmos então os cuidados a este doente. Quando chegámos à sala de imagiologia, o TAC estava a decorrer e rapidamente ficamos a saber que as lesões intracerebrais eram nefastas e que não reunia critérios para intervenção cirúrgica. Rapidamente identifiquei este doente como um possível dador de órgãos, uma vez que apresentava um score baixo e que as lesões no SNC eram irreversíveis e por isso não se colocava indicação cirúrgica. No enquadramento teórico deste trabalho encontram-se descritos os diversos conceitos que se podem atribuir aos dadores, e, nesta fase do processo, a designação que se pode atribuir a este doente, para além de ser um doente neurocrítico é a de possível dador, uma vez que este apresenta lesão ou doença cerebral catastrófica e, aparentemente, medicamente apropriado para a doação de órgãos (Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Concelho da Europa, 2013). Acompanhei o doente de novo à sala de emergência e nesse momento estava presente na sala de reanimação um senhor enfermeiro perito na área de urgência, e ainda, na área da doação de órgãos



fazendo inclusivamente parte da coordenação e do gabinete de colheita e transplantação de órgãos do hospital. Dirijo-me a ele no sentido de obter a máxima informação possível de todo o processo decorrente da situação. Imediatamente mostra-se disponível para me ajudar, mas faz uma ressalva: “olha sempre para esta pessoa como um doente crítico, e não já como um dador de órgãos. Se conseguires fazer este exercício, verás muito mais sucesso no teu cuidado e nas tuas intervenções”. E foi nesse momento que todo este processo, de aquisição de competências, ganhou ainda mais sentido.

Tinha diante de mim um doente crítico, que requeria de mim e de toda a equipa a máxima atenção e o máximo cuidado. Estava entubado e ventilado e estava hemodinamicamente instável necessitando de suporte aminérgico para tensões arteriais normais. Não havia presença de familiares no serviço de urgência e foi perguntado junto dos agentes de autoridade se alguém teria contactado o hospital no sentido de obter informações sobre aquele doente, ao que a resposta foi negativa.

A reavaliação foi sendo feita por mim, na sequência ABCDE, e denoto que o doente já não apresentava estímulo respiratório (informação que é fornecida pelo ventilador) e o score do doente tinha diminuído para 3 na GCS uma vez que já não existia resposta motora alguma. Avalio mais uma vez as pupilas e elas apresentavam-se midriáticas e fixas. Ora, para Peiffer (2007), os enfermeiros estão bastante treinados para verificar a ausência de respiração espontânea, a existência de midríase fixa, assim como uma avaliação baixa na escala de coma de Glasgow. Estes três fatores em conjunto com um conhecimento prévio da causa da alteração neurológica e a constatação de que há estabilidade hemodinâmica e ausência de hipotermia, alterações endócrinas e metabólicas, agentes depressores do SNC ou bloqueadores neuromusculares reúnem as condições necessárias para que o enfermeiro alerte a restante equipa de saúde para a presença de um processo de morte cerebral e consequente início das provas de MC. Mais uma vez está presente uma das competências específicas do enfermeiro especialista em PSC, a de demonstrar conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos. Neste momento este doente deixa de ser possível dador para ser um potencial dador, uma vez que segundo a Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde

do Concelho da Europa (2013), o potencial dador é um indivíduo cujo estado clínico aparenta cumprir os critérios de morte cerebral.

Foi efetuada a comunicação deste novo estado ao médico responsável e foi decidido transferir o doente para a unidade de cuidados intensivos polivalentes neurocríticos, para ser estabilizado do ponto de vista hemodinâmico para então depois serem feitas as primeiras provas de morte cerebral. Acompanhei o doente até à unidade e ficou acordado que quando existissem condições para as primeiras provas de morte cerebral os colegas me contactariam, e, possivelmente, acompanhar todo o seguinte percurso. Infelizmente quando me contactaram eu já não estava no hospital e o processo desenrolou-se de uma maneira muito célere pois o doente estava muito instável e eu não tinha tempo de chegar em momento oportuno para poder participar no processo.

Considero ter conseguido identificar de forma eficaz um possível dador tendo colaborado na sua manutenção e posterior transferência para a unidade de cuidados intensivos, que é o local indicado para estes doentes serem cuidados, tendo atingido a competência já descrita anteriormente assim como a competência que diz respeito à garantia da administração de protocolos terapêuticos complexos e ainda a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação entre ela (OE, 2018; OE, 2019).

Seja qual for o domínio do cuidar, a comunicação e a relação terapêutica com o doente e a sua família/pessoa significativa, são aspetos fundamentais e insubstituíveis. A comunicação verbal é uma ferramenta de relação e a forma que tomam as nossas trocas quando fazemos intervir a palavra (Phaneuf, 2002). A competência do enfermeiro em comunicar verbalmente com o doente e com a sua família/pessoa significativa está associada a várias dimensões dos cuidados.

Por outro lado, a relação de ajuda no contexto do cuidar é um elemento decisivo para que a enfermagem se apresente com as suas intervenções interdependentes e autónomas bem fundamentadas tanto do ponto de vista científico e técnico como também nas dimensões relacionais e ética.

Considero a minha passagem por este local de estágio uma mais valia para desenvolver esta competência de saber gerir a relação terapêutica baseada na comunicação e na relação de ajuda. O fato de não estar no meu local de trabalho, retira-me um pouco o peso de gerir de forma mais intensa o setor onde estou

alocada ou todas as outras dinâmicas inerentes. Faz-me estar mais disponível para desenvolver esta área que é por mim tida como uma área onde preciso mais de investir. Tive oportunidade, através dos doentes e das famílias com quem fui contatando, de aprofundar e desenvolver a comunicação tentando, e muitas vezes conseguindo, estabelecer uma relação terapêutica baseada na parceria de cuidados.

## **2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes Neurocríticos**

O estágio que se realizou na unidade de cuidados intensivos polivalentes neurocríticos (UCIPN), teve duração de 300 horas e decorreu no período de 12 de novembro de 2018 a 3 de fevereiro de 2019.

A UCIPN é uma unidade de referência a nível nacional ao que concerne ao doente neurocrítico e pertence ainda a um Hospital Central na área de Lisboa que concomitantemente está agregado ao gabinete de coordenação de colheita e transplantação, que segundo os dados do relatório de atividade do IPS de 2013 foi o hospital que apresentou maior número de dadores cadáver (IPST, 2013).

Esta unidade de cuidados intensivos é constituída por um total de 22 camas, das quais 10 são de cuidados intensivos nível III, 4 de nível II que estão temporariamente encerradas e 8 camas de cuidados intermédios, ou seja, nível I. Segundo a Direção-Geral de Saúde (2013) a unidade de nível I pressupõe capacidade para acolher doentes com necessidade de monitorização, normalmente não invasiva, em risco de desenvolver falência de órgão - é chamada de unidade de cuidados intermédios. A unidade de nível III requer assistência médica qualificada, presença física 24h por dia de médico intensivista assim como equipa de enfermagem qualificada, com capacidade para monitorização invasiva e deve dispor de medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de estudo e treino em cuidados intensivos.

Os critérios de admissão na UCIPN são diversos dando-se prioridade ao doente neurocrítico. Ainda assim, e por se tratar de uma unidade polivalente, e na inexistência de vagas noutras UCI's, a UCIPN aceita doentes do foro médico e/ou cirúrgico não neurocrítico. Embora seja uma decisão médica, o enfermeiro especialista deve ter presente conhecimentos acerca dos critérios de admissão, uma vez que uma das competências comuns delineadas para o enfermeiro especialista é

ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (OE, 2019).

No que concerne aos diagnósticos mais comuns que levam à admissão dos doentes na UCIPN são os AVC, quer isquémicos quer hemorrágicos, TCE's graves dos quais resultem hemorragias intra cerebrais, roturas aneurismáticas, politraumatizados, sépsis, insuficiências respiratórias graves, pós operatórios neurocirúrgicos e doentes com o diagnóstico de morte cerebral ou na eminência deste ser feito, se candidatos a dadores, para diagnóstico da situação e tratamento ativo do potencial dador.

Uma visita guiada pelo serviço assim como a disponibilidade imediata de toda a equipa foram uma mais valia para um início favorável deste percurso agora numa unidade de cuidados intensivos. Apresentei os meus objetivos específicos (ver apêndice II) para este ensino clínico à senhora enfermeira orientadora, assim como à senhora enfermeira chefe, que prontamente se disponibilizaram para divulgar à restante equipa para que se houvesse alguma situação do meu interesse me comunicarem. Esta partilha permitiu que me integrasse na equipa de forma positiva, o que potencializou todo o percurso de aquisição de competências.

Tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a doentes neurocríticos, quer fosse por AVC isquémico, hemorrágico, roturas aneurismáticas e/ou traumatismos de crânio graves com hemorragias cerebrais. Tive também ocasião de prestar cuidados a doentes em choque séptico com necessidade de técnica de substituição renal. No âmbito mais específico do tema do projeto, tive oportunidade de assistir a duas provas de morte cerebral, de prestar cuidados no âmbito do tratamento ativo do potencial dador de órgãos, embora este dador não se tenha tornado efetivo, e tive ainda a chance de assistir a uma colheita de órgãos.

Uma dimensão fundamental e básica da prática clínica dos enfermeiros numa unidade de cuidados intensivos é o serem capazes de colocar o foco do cuidado nas necessidades específicas de cada doente crítico, mas unificando a dimensão tecnológica e holística no processo de cuidados (Wilkin, 2003). Sendo assim, o enfermeiro deve ser capaz de avaliar as necessidades da pessoa, assim como as condições e as doenças que as altera (Henderson, 2006).

A grande maioria dos doentes internados na UCI, quer fosse do foro neurocrítico ou médico, careciam de estar ventilados e sedados. Embora na minha

prática diária de cuidados esteja acostumada a lidar com Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) assim como a sedação e curarização a casuística é baixa, uma vez que, por se tratar de um contexto de sala de reanimação, o meu tempo de cuidados a este tipo de doentes é limitado. Desse modo, tive necessidade de adquirir conhecimentos mais sólidos na área da ventilação e da sedação. O enfermeiro mestre tem de ter competências de autoaprendizagem, que lhe permita uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo. Para colmatar esta lacuna de conhecimentos, li alguns livros sobre enfermagem em cuidados intensivos assim como intervenções de enfermagem no âmbito da ventilação e da sedação que foram explanados em diversos artigos. O constante acompanhamento por parte da senhora enfermeira orientadora foi também uma ferramenta para atingir certos conhecimentos e certas competências nesta área.

A VMI é necessária em doentes com alteração da função respiratória, quer por insuficiência respiratória quer por alteração do estado de consciência, que incapacita a realização de trocas gasosas e fornecimento de oxigénio para a perfusão dos tecidos (Veras et al., 2014). Muitos instrumentos invasivos que conferem suporte à vida, interferem com os mecanismos naturais de defesa do organismo, exigindo conhecimentos e habilidades dos enfermeiros na tentativa de minimizar os danos sofridos (Padoveze, Dantas, & Almeida, 2010). De acordo com Smeltzer e Bare (2009), a monitorização dos doentes sob VMI é um fator primordial de importância. Os doentes sob VMI requerem cuidados de enfermagem criteriosos tais como: aspiração endotraqueal de secreções; controlo da pressão do *cuff*; alternância de decúbitos; transporte seguro para realização de exames; ações de prevenção de infeções e complicações associadas à VMI, como a pneumonia, úlceras por pressão, extubação accidental, barotrauma e pneumotórax.

Relativamente à aspiração de secreções através do tubo endotraqueal, tive oportunidade de realizar por diversas vezes, mantendo sempre os princípios da assepsia e fazendo sempre uma pré oxigenação. Esta técnica era realizada quantas vezes fosse preciso, para manter a permeabilização da via aérea do doente e consequentemente proporcionar o seu conforto. O controlo de pressão de *cuff* era fornecido pelo ventilador, sendo uma intervenção de enfermagem verificar a mesma uma vez por turno. A higienização oral do doente era feita 2 vezes por turno (ou em

SOS caso fosse necessário) utilizando clorexidina conforme está preconizado. As alternâncias de decúbito eram realizadas cerca de 3 em 3 horas, de modo a aliviar zonas de pressão assim como prevenir a estase pulmonar que pode intensificar a probabilidade de ocorrer pneumonias associadas à ventilação. Tive ainda a oportunidade de acompanhar os doentes ventilados a exames, nomeadamente à TAC, assegurando a correta manutenção da via aérea, testando eficazmente o ventilador de transporte, assegurando a sua correta utilização, e transportar os doentes de forma segura acarretando toda a logística necessária como a presença do insuflador manual, traqueia suplente e mala de transporte com todos os materiais de reanimação necessários.

Deste modo, o enfermeiro mestre em enfermagem e especialista em PSC tem a capacidade de compreender e resolver problemas em situações novas e não familiares, em conjunturas alargadas e multidisciplinares, garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos, maximizando a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a PSC, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).

Relativamente à sedação e curarização, estas podem ser englobadas na anestesia geral, e esta, é um conjunto de vários estados fisiológicos, incluindo o estado de inconsciência (Hobaika, Fantini, Figueiredo, Santos, & Alves, 2007). Embora a prescrição de fármacos anestésicos/sedativos assim como os fármacos curarizantes seja da responsabilidade médica, a preparação e administração dos mesmos, a vigilância do nível de sedação/agitação e a sua monitorização, são da responsabilidade do enfermeiro.

Tive oportunidade de prestar cuidados ao doente sedado/curarizado, assim como a preparação e administração dos fármacos. Da terapêutica mais utilizada para este fim, encontra-se o propofol, midazolam e o rocurónio (bloqueador neuromuscular). As drogas anestésicas, ao atuarem deprimindo a função do sistema nervoso central, induzem diferentes níveis de inconsciência. Para que um nível ideal seja alcançado, a equipa de saúde monitoriza parâmetros subjetivos e objetivos de sedação (Hobaika et al., 2007). Para avaliar os parâmetros subjetivos utilizam-se escalas clínicas de sedação. Na UCIPN a escala utilizada é a escala de RASS<sup>9</sup>. Esta escala está graduada de -5 a 4, sendo que, o doente calmo recebe a pontuação de

---

<sup>9</sup> *Richmond Agitation-Sedation Scale – RASS*

zero. Existem quatro níveis de agitação (que vão do doente inquieto ao agressivo) numeradas em ordem crescente de um a quatro, existindo mais cinco níveis de sedação pontuadas de um a cinco negativos, onde, por exemplo, a sedação profunda (doente movimentar-se ou abrir os olhos apenas a estimulação física dolorosa) pontua -4 e, se não despertável, o doente obtém um RASS -5 (Santos & Martins, 2016).

No que concerne à avaliação objetiva da sedação, na UCIPN utiliza-se o Índice Bispectral – BIS, que é um equipamento utilizado para medir de forma objetiva o nível de consciência de um doente sedado. Este equipamento capta continuamente, através de elétrodos colocados na região fronto-temporal, as ondas do córtex cerebral, gerando um valor que corresponde ao estado clínico do doente (Hobaika et al., 2007). A escala de BIS varia entre zero e cem, sendo que o valor máximo indica que o doente está acordado. Embora não exista nos registos de enfermagem um local próprio para registar o valor de BIS, é da competência do enfermeiro saber interpretar os valores, assim como a colocação e manutenção dos elétrodos.

Outra das competências do enfermeiro especialista em PSC é realização da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando as respostas. Ora, na minha prática profissional, a grande maioria dos doentes encontram-se despertos e com capacidade verbal para me responderem quando questiono se têm dores e para avaliarem na escala numérica a intensidade da mesma. No ensino clínico realizado na UCIPN, e como já referi anteriormente, a grande maioria dos doentes encontravam-se entubados endotraquealmente, ventilados e sedados; avaliar a dor nestes doentes foi um autêntico desafio.

Segundo a Direção-Geral de Saúde (2008), a dor afeta o estado de saúde e a estabilidade clínica da pessoa em situação crítica e o controlo da mesma é considerado prioritário. Nos cuidados de enfermagem prestados numa UCI, a avaliação da dor é uma parte essencial, e a nossa intervenção neste espaço, visa a prevenção de complicações associadas à instabilidade ventilatória e hemodinâmica, assim como a promoção do bem-estar e autocuidado (Urden, Stacy, & Lough, 2008). Os doentes a quem prestei cuidados podem ter tido dor devido a inúmeros fatores, tais como, tubo endotraqueal, cateteres, lesões cutâneas, decúbitos, etc.

Tive contato com a avaliação da dor em doentes entubados e ventilados pela primeira vez no decorrer deste estágio, nomeadamente com a escala existente no serviço que é uma adaptação da escala *Behavioral Pain Scale* (BPS). A BPS, e segundo Morgado et al. (2013), foi a primeira escala a ser criada e a mais utilizada para avaliar a dor em doentes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliarem. É formada por três grupos de expressão: expressão facial, movimento dos membros superiores e a adaptação à ventilação mecânica, com pontuações em cada grupo de um a quatro. A pontuação mínima é três, e significa que o doente não tem dor, sendo que a pontuação máxima é 12 (Viana & Torre, 2017).

Na UCIPN existe um grande cuidado na avaliação e gestão da dor. Com o passar do tempo, e com o meu estudo autónomo e com o ganhar de mais autonomia nesta aérea, já conseguia avaliar a dor utilizando a escala BPS sem nenhuma dificuldade; reconhecendo de forma eficaz alterações significativas no doente no que concerne à dor, assim como mobilizar estratégias para dar respostas a essas mesmas alterações. A avaliação da dor era feita três vezes por turno e era registada em local apropriado, embora isso não invalidasse a minha constante observação ao doente na procura de alguma alteração significativa que justificasse uma avaliação antecipada da dor. Mais uma vez está patente a competência da autoaprendizagem assim como a aplicação de conhecimentos e compreensão, assim como a gestão diferenciada da dor da PSC otimizando as respostas (DGES, 2012; OE, 2018).

Tive oportunidade de prestar cuidados a doentes que careciam de monitorização invasiva: quer fosse através de uma linha arterial, sensor de pressão intracraniana, sensor de medição da pressão intra-abdominal (PIA) ou ainda, monitorização utilizando o sistema PICCO® (*Pulse Induced Contour Cardiac Output*). Conforme já foi referido, a UCI é o local destinado ao cuidado do doente que necessita de assistência multidisciplinar especializada e contínua. Deste modo, concentra recursos humanos e materiais para o tratamento de doentes críticos, que exigem assistência permanente e ininterrupta, assim como a otimização de recursos tecnológicos para a vigilância e monitorização dos parâmetros vitais e de determinação das intervenções necessárias em situações de instabilidade. O enfermeiro é o responsável pela recolha, avaliação e interpretação precisa dos dados hemodinâmicos. Portanto, é necessário que possua conhecimentos



específicos sobre indicações e aplicações clínicas de monitorização hemodinâmica, dos fatores clínicos e técnicas que afetam a precisão das medidas, do sistema utilizado para a monitorização e dos riscos inerentes à monitorização hemodinâmica. O enfermeiro participa em todas as fases de monitorização, desde a preparação do material e do doente até à manutenção adequada da monitorização, bem como da prevenção de possíveis complicações (Cintra, Nishide, & Nunes, 2001; Viana & Torre, 2017).

Particpei na preparação de material para a colocação de uma linha arterial assim como realizei intervenções de enfermagem específicas a doentes que necessitavam deste tipo de monitorização invasiva de pressão arterial. O cateter arterial pode ser colocado na artéria radial, pediosa, femoral ou axilar (Cintra et al., 2001). Durante a minha estadia no UCIPN, apenas observei cateteres arteriais radiais e femorais.

A preparação do material é feita sob técnica assética assim como todo o procedimento. A monitorização invasiva da pressão arterial, através de uma linha arterial, não está isenta de complicações graves inerentes ao procedimento e, desse modo, foi minha preocupação vigiar e antecipar possíveis riscos associados, conforme a competência específica do enfermeiro especialista em PSC, que presta cuidados à pessoa na antecipação da instabilidade (OE, 2018). Para isso é necessário vigiar hematomas pós punção, vigiar a manga de pressão e certificar que esta se encontra nos 300 mmHg, calibrar o sistema após cada manipulação (colheita de sangue), manter o transdutor ao nível do eixo flebostático, vigiar local de inserção, vigiar sinais inflamatórios e ainda, interpretar a morfologia das ondas no sentido de analisar e responder adequadamente aos valores (Cintra et al., 2001; Swearingen & Keen, 2011; Viana & Torre, 2017).

Relativamente à pressão intra-abdominal, os meus conhecimentos eram parcos e, desse modo, tive necessidade de ir pesquisar sobre a temática quando me deparei com essa situação de cuidados. A elevação da PIA representa uma elevada morbilidade e mortalidade nos doentes críticos e está associada à hipertensão intra-abdominal. A forma como avalei a PIA na UCIPN foi através de um meio indireto, utilizando uma via de acesso vesical. É realizada a inserção de um cateter vesical, de três vias, conectado a um transdutor de pressão, sendo posicionado com o zero na linha axilar média, permitindo a mensuração da pressão intravesical após a

instilação de 25 ml de solução salina no interior da bexiga. O valor da PIA surge no monitor e tem como valor normal aceitável no doente crítico entre zero e sete mmHg; a frequência da avaliação da PIA é uma vez por turno (Viana & Torre, 2017).

Conforme já foi referido, esta unidade de cuidados intensivos tem uma vertente na área dos doentes neurocríticos muito grande, e por isso, a monitorização da pressão intracraniana em doentes que assim a necessitem é uma prática corrente. Embora tivesse conhecimentos sobre a fisiopatologia da pressão intracraniana e alguns cuidados de enfermagem específicos em doentes que necessitavam desta monitorização, foi a primeira vez que contatei com o sistema de monitorização de PIC. Por essa razão, foi mais uma vez indispensável a minha pesquisa bibliográfica e toda a disponibilidade por parte da enfermeira orientadora e da restante equipa, para conseguir prestar cuidados de enfermagem de forma autónoma aos doentes com monitorização da PIC.

A monitorização da PIC é uma monitorização neurológica e tem como objetivo prevenir ou diagnosticar precocemente eventos que possam desencadear lesões cerebrais secundárias ou agravar as lesões existentes. A PIC é constituída pela relação de pressão/volume entre o crânio e o conteúdo da calote craniana, e o valor de referência varia entre 0 e 15 mmHg, sendo que na prática clínica, procura-se manter os valores abaixo de 20 mmHg (Viana & Torre, 2017). A monitorização da PIC inclui a inserção de um cateter intracraniano por trepanação e as indicações de monitorização da PIC são diversas, mas as que tive oportunidade de observar foram: TCE grave (GCS entre 3 e 8), edema cerebral pós-operatório, AVC hemorrágico (GCS < 9), AVC isquémico extenso e hemorragia subaracnoídea grave (Diccini, 2017).

Tive oportunidade de colaborar na colocação do sensor de PIC assim como de prestar cuidados de enfermagem a doentes com este tipo de monitorização, que exigem cuidados específicos. A colocação do sensor é feita pelo médico neurocirurgião ou pelo médico intensivista e conta com a colaboração do enfermeiro. O material é preparado de forma assética pelo enfermeiro que assegura também o posicionamento correto do doente assim como a monitorização permanente dos parâmetros vitais durante todo o procedimento.

Um cuidado muito importante a ter na monitorização da PIC é o posicionamento do doente. O enfermeiro deve verificar o correto posicionamento do

transdutor, que deve estar ao nível do Forame de Monroe (ponto central do SNC) que é calculado através do meato auditivo externo, o ponto mais alto da orelha, ou o canto externo do olho (Diccini, 2017). São também cuidados essenciais de enfermagem garantir a fidedignidade dos valores de PIC, registos, verificação do sistema, controlo de temperatura, trocar o penso a cada 24h ou sempre que necessário, e vigiar sinais inflamatórios no local de inserção (Viana & Torre, 2017).

Para finalizar a temática da monitorização invasiva, vou abordar o sistema PICCO, que foi para mim, mais uma vez, uma novidade e uma nova experiência no que respeita aos meus cuidados de enfermagem. Este sistema é uma forma de monitorização hemodinâmica que combina a termodiluição transpulmonar e análise de contorno da onda de pulso, e é utilizado para calcular o débito cardíaco e outros parâmetros que fornecem informações sobre o volume sanguíneo intratorácico. Pode ser utilizado nos doentes em choque cardiogénico, séptico e hipovolémico (Viana & Torre, 2017). A doente a quem prestei cuidados e que tinha sistema PICCO, estava em choque séptico com ponto de partida abdominal. Este sistema requer o uso de cateter venoso central (CVC) e um cateter arterial femoral, ao qual se junta um sensor, capaz de medir a temperatura da solução salina injetada, e é utilizado externamente para a leitura das medidas. O lúmen distal do CVC é o preferencial para a injeção da solução, que deverá estar a menos de 8°C e deve ser administrada a uma velocidade inferior a 25 segundos.

As intervenções de enfermagem por mim realizadas, incluíram:

- ❖ Manutenção do cateter;
- ❖ Vigiar local de inserção;
- ❖ Vigiar o penso e realizá-lo com técnica asséptica;
- ❖ Manter a pressão da manga adequada (300 mmHg);
- ❖ Vigiar morfologia da curva de pressão;
- ❖ Vigiar conexões do sistema de pressão;
- ❖ Calibrar o transdutor uma vez por turno e/ou sempre que necessário;
- ❖ Vigiar sinais de compromisso neurocirculatório do membro cateterizado.

O enfermeiro desempenha um papel importante nos cuidados ao doente com monitorização por cateter de PICCO, quer na colocação, manutenção e avaliação, inserindo-se ativamente na otimização deste tipo de monitorização, promovendo a

fiabilidade dos parâmetros obtidos e minimizando as potenciais complicações. Esta experiência de poder manipular monitorizações invasivas e cuidar dos doentes que delas precisavam, permitiu desenvolver competências na área da administração de protocolos terapêuticos complexos, prestando em simultâneo, cuidados à pessoa em situação emergente antecipando focos de instabilidade, garantindo o controlo de infeção e definindo prioridades de atuação. Permitiu também revelar conhecimentos e capacidade de compressão, aplicando-os, tomando decisões de forma fundamentada (DGES, 2012; OE, 2018).

Dada a casuística da UCIPN foram várias as situações em que pude prestar cuidados ao doente neurocrítico assim como à sua família/pessoa significativa. De entre as diversas causas, do foro neurológico, que permitiram aos doentes estarem na UCIPN, as mais habituais foram o AVC isquémico, hemorrágico, roturas aneurismáticas e/ou traumatismos de crânio graves com hemorragias cerebrais.

A importância do cuidado intensivo na evolução da neurologia e da neurocirurgia, prende-se com alguns aspetos que foram fundamentais no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem aos doentes com distúrbios do sistema nervoso. A necessidade de cuidados intensivos e organização de unidades especializadas em doentes neurocríticos foi basilar. A necessidade de observação contínua e de cuidados em determinados doentes influíram decisivamente na definição de locais adequadas e de profissionais preparados para esses objetivos. Nesse sentido, Florence Nightingale, foi pioneira e uma das primeiras profissionais de saúde a reconhecer a importância de se ter uma área isolada, no hospital, onde os doentes críticos pudessem receber cuidados (Diccini, 2017). Desse modo, e ainda na perspetiva da autora supracitada, foram criadas salas de recuperação pós-anestésica, e essas tornaram-se as precursoras das atuais UCI. Os enfermeiros sempre presentes, tiveram um papel elementar na organização e qualificação dessas unidades.

Importa ainda salientar que, essencialmente, a prática de enfermagem em doentes neurocríticos requer conhecimentos, competências e habilidades tanto gerais como específicas.

A propedêutica neurológica é acessível aos diversos profissionais de saúde, porém, em razão da sua complexidade e de falta de treino, a sua implementação tem pouca adesão. A razão pode ser a não correlação dos dados da anamnese, do

exame neurológico e do exame físico geral do doente, com os conhecimentos de anatomia e fisiologia do SNC, bem como os resultados dos exames específicos (Diccini, 2017).

No caso dos doentes que se apresentem com alteração do estado de consciência, o exame neurológico é desenvolvido utilizando três dinâmicas: avaliação do estado de consciência, exame das pupilas e padrão respiratório. Relativamente aos doentes acordados e reativos, a avaliação neurológica é desenvolvida com base nas seguintes etapas: anamnese, estado mental, exame de motricidade, sensibilidade, equilíbrio, marcha, nervos intracranianos e exame do reflexo medular (Diccini, 2017).

Atendendo às características dos doentes a quem prestei cuidados, apenas vou abordar a avaliação neurológica do doente em coma, e nesse contexto, são diversas as causas que podem determinar uma depressão do estado de consciência. Essas alterações podem ser de origem estrutural, funcional ou metabólica que ocorrem ao nível do SNC.

Ainda de acordo com Diccini (2017), os termos utilizados para definir as alterações da consciência causam grande confusão pela sua indefinição. Desse modo, é importante descrever também de que forma o doente responde aos estímulos verbais, táteis ou dolorosos.

A capacidade de avaliar estas situações específicas, assim como os resultados e posteriormente a tomada de decisão, faz parte do perfil das competências comuns do enfermeiro especialista, assim como, selecionar as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções, o que foi uma constante durante o ensino clínico e que se estende à minha prática profissional (OE, 2019).

Regressando aos termos pouco definidos que são utilizados para caracterizar as alterações do estado de consciência, nomeadamente, sonolência, estado confusional aguda, estupor ou coma, estes devem ser evitados. Os doentes em estado comatoso são tratados por uma equipa multidisciplinar, e por isso, é mandatário qualificar o comprometimento do estado de consciência utilizando uma linguagem uniforme. Um exemplo é a escala de coma de Glasgow, que é uma ferramenta simples e objetiva, desenvolvida para monitorizar as alterações do nível de consciência, de forma global, independentemente das causas que a compromete

(Diccini, 2017). A GCS foi explicitada no capítulo do percurso de desenvolvimento de competências no contexto do serviço de urgência geral.

Na UCIPN, a avaliação do estado de consciência é realizada através da GCS três vezes por turno, e sempre que necessário, acompanhada do nível de sedação/agitação que é traduzido pela escala de RASS. Também a avaliação pupilar é feita três vezes por turno, e é descrita quanto ao tamanho, simetria e foto reatividade das pupilas; qualquer alteração de novo é comunicada ao médico assistente e documentada nos registos de enfermagem.

Dominar os conceitos anteriormente descritos e saber aplicá-los é uma peça fundamental nos cuidados ao doente neurocrítico.

O doente neurocrítico, de acordo com a *Neurocritical Care Society* (2019), é o doente que apresenta disfunções neurológicas e neurocirúrgicas, tal como enfartes isquémicos, hemorragias, lesões traumáticas, tumores cerebrais, estados de mal epilético, e doenças neuromusculares. Este doente apresenta ainda particularidades únicas no seu cuidado, pelo que deve dar especial atenção à interface cérebro e outros órgãos.

Recordo uma doente a quem prestei cuidados na UCIPN e que foi alvo do meu estudo de caso, vítima de um acidente vascular cerebral isquémico. A doença cerebrovascular isquémica é caracterizada pela perda súbita da função cerebral, no decorrer de uma interrupção ou diminuição do fluxo sanguíneo para uma região do cérebro. Os sinais e sintomas dependem da localização da área cerebral afetada e da extensão do processo de isquémia (Viana & Torre, 2017).

A Srª B. S, de 68 anos, desenvolveu por volta das 14h alteração do estado de consciência, disartria e paresia facial. Ainda de acordo com os autores supracitados, os principais sinais de AVC incluem a perda de força, disartria e alteração da simetria da face.

Uma tomografia axial computadorizada, é o primeiro exame de imagem a ser realizado nos doentes que apresentam os sinais e sintomas já mencionados, permitindo identificar o tipo de AVC (isquémico ou hemorrágico) e caracterizar o local e extensão da área afetada (Cintra et al., 2001).

O objetivo major das intervenções interdependentes e autónomas de enfermagem no AVC é evitar a lesão neurológica secundária, prevenir complicações e promover os melhores resultados funcionais, tal como descrevem

Swearingen e Keen (2011). A prevenção da extensão do AVC depende da adequada perfusão da zona de penumbra, que é constituída pelo tecido encefálico isquémico em torno da região do enfarte inicial. Para isso, o controlo da pressão arterial é essencial para limitar a extensão do enfarte. A monitorização constante e a utilização de fármacos vasoativos potentes concretizam o controlo da PA. Uma pressão arterial tida como “normal” pode ser baixa demais, provocando uma isquémia maior, pela diminuição da perfusão cerebral. Por vezes, a manutenção de uma pressão arterial um pouco elevada pode ser legítima, consoante a patologia vascular encefálica subjacente (Diccini, 2017).

Nos cuidados prestados a esta doente, pude intervir na optimização das funções reguladoras, nomeadamente da manutenção da normotermia uma vez que esta diminui as exigências metabólicas e a pressão intra craniana; respiratórias optimizando os posicionamentos melhorando o aporte de O<sub>2</sub> e prevenindo atelectasias e pneumonia associada à ventilação; cardíacas monitorizando disritmias, líquidos e electrólitos para optimizar o débito cardíaco, de modo a promover a perfusão cerebral; gastrointestinais fazendo educação intestinal para prevenir úlceras de stress e obstipação; nutrição entérica satisfazendo as necessidades calóricas; musculo-esquelética promovendo o alinhamento corporal e prevenir contraturas e as complicações da imobilidade; função da pele mantendo-a limpa e seca e aliviando as zonas de pressão para prevenir edema de declive e soluções de continuidade.

Para Henderson (2007), as necessidades básicas que a enfermeira tenta satisfazer existem independentemente do diagnóstico, porém, são modificadas de acordo com ele. Normalmente, os cuidados básicos de enfermagem são afetados por certos estados como o coma, desidratação, incapacidade motora, distúrbios acentuados dos fluidos corporais ou necessidade aguda de oxigénio.

Ainda no domínio do doente neurocrítico, pude prestar cuidados a doentes com hemorragia cerebral, quer traumática ou espontânea (por rotura aneurismática ou AVC hemorrágico).

As hemorragias cerebrais podem ser de três tipos: intraparenquimatosas, subaracnoídeas e intraventriculares (Sá, 2014). As hemorragias cerebrais são uma emergência médica e causam frequentemente défices neurológicos graves. Podem

levar à necessidade de intervenção urgente para alívio da hipertensão intracraniana e, por este motivo, é fundamental uma monitorização clínica atenta, numa UCI.

De acordo com a *American Association of Neuroscience Nurses* (2009a) (AANN), o impacto social e pessoal de uma hemorragia cerebral é significativo. Dos doentes que sobrevivem, uma percentagem entre 30-50% vai sofrer uma lesão secundária por: re-sangramento, edema cerebral, aumento da PIC ou vasospasmo cerebral.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na monitorização e gestão dos cuidados ao doente com hemorragia cerebral, a fim de evitar lesões secundárias, e assim melhorar os resultados (AANN, 2009a). Esta afirmação vai de encontro a uma das competências comuns do enfermeiro especialista, a de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando as respostas da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, adaptando a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia de qualidade dos cuidados (OE, 2019).

As hemorragias intraparenquimatosas estão em 40% dos casos relacionadas com a hipertensão arterial, as hemorragias subaracnoides (HSA) são devidas 85% à rotura de aneurismas e as hemorragias intraventriculares são geralmente secundárias à extensão de uma HSA ou hemorragia intraparenquimatosa para o interior dos ventrículos. Seja qual for o tipo de hemorragia, a principal responsabilidade do enfermeiro é evitar o re-sangramento, o edema cerebral, a hipertensão intracraniana e o vasospasmo que consequentemente leva à isquémia cerebral (Diccini, 2017; Sá, 2014).

Para isso, realizar uma boa avaliação do estado de consciência é crucial utilizando mais uma vez a GCS, e registando toda e qualquer alteração, uma vez que de acordo com Alexander, Gallek, Presciutti, & Zrelak (2010), detetar precocemente uma alteração do score neurológico do doente conseguirá antever o re-sangramento, hidrocefalia aguda e isquémia, relacionada com a hipoperfusão cerebral, ou outras complicações.

O controlo rigoroso da PA mostra melhores resultados nos doentes com hemorragia intracerebral, sendo recomendada uma PAS < 160 mmHg, considerando a redução da PA recorrendo à administração de anti hipertensores venosos de forma contínua, concomitantemente com uma monitorização invasiva da PA (Diccini, 2017).



Na UCIPN, o fármaco mais utilizado no controlo tensional nos doentes neurocríticos com hemorragias cerebrais é o labetalol. De acordo com Henriques-Filho (2011), o controlo da PA antes do tratamento de um aneurisma, deve ser realizado através da administração de labetalol 10-40 mg EV em bólus sucessivos a cada 5-10 min, seguindo perfusão se necessário. Uma pressão sistólica elevada está associada a uma maior expansão do hematoma, declínio neurológico, sequelas e morte. Também a analgesia deve ser administrada precocemente, pois a dor aumenta a PA (Diccini, 2017).

Durante o estágio foram várias as ocasiões onde tive de preparar e administrar este tipo de terapêutica para garantir uma PA adequada, baseando a minha atuação clínica especializada em evidência científica, garantindo a correta administração de protocolos terapêuticos e gerindo eficazmente a dor e o bem-estar do doente (OE, 2018; OE, 2019).

A pressão intracraniana está intimamente ligada ao controlo da PA, e a hipertensão intracraniana deve ser evitada (Alexander et al., 2010). A monitorização da PIC deve ser efetuada a todos os doentes com hemorragia intracerebral que apresentem uma alteração do estado de consciência grave e/ou hidrocefalia.

O objetivo é manter uma pressão de perfusão cerebral (PPC) entre os 50-70 mmHg, o que deve ser conseguido através da monitorização da PIC e PA adequadas. O tratamento da hipertensão intracraniana é feito monitorizando vários fatores, nomeadamente: o posicionamento no leito com cabeceira elevada a 30°; cuidados de higiene prestados no leito sem baixar a cabeceira; evitar aspiração de secreções endotraqueais prolongadas; manter volémia normal, com manutenção da pressão arterial média > 80 mmHg para garantir uma PPC > 60 mmHg; manter glicémias normais entre 80-110 mg/dl, com necessidade de perfusão de insulina se glicémia > 180 mg/dl; manter temperatura corporal normal, com obtenção de normotermia – 36,5°C (Alexander et al., 2010; Diccini, 2017; Mendes, Dias, Manita, & Ancântar, 2011).

Durante o estágio na UCIPN, e durante os cuidados ao doente neurocrítico com hemorragia intracerebral, tive necessidade de mobilizar todos os conhecimentos anteriormente descritos. Para isso, tive necessidade de ir pesquisar e fundamentar as minhas decisões na prática baseada na evidência. A troca de experiências e saberes entre mim, enfermeira orientadora e os restantes colegas,

foram uma mais-valia para enriquecer este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

Descrevendo agora o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências na área temática escolhida por mim, as intervenções de enfermagem da deteção e tratamento ativo do potencial dador de órgãos, convém realçar que, na grande maioria, este processo passou pela autoaprendizagem, na busca de conhecimento em artigos e livros e, na troca de saberes entre os pares. Para Benner (2001), o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático – saber fazer -, graças a estudos científicos e investigações fundadas sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente.

A minha afirmação vem no decorrer de que a existência de potenciais dadores de órgãos não ocorre todos os dias, e por isso, atendendo ao número de oportunidades que existiram durante o meu ensino clínico na UCIPN para detetar e realizar o tratamento ativo de PD, fez com que tivesse de existir uma incessante pesquisa bibliográfica sobre o tema para que o desenvolvimento de competências nesta área fosse possível. Citando mais uma vez Benner (2001), o conhecimento prático adquire-se com o tempo e é necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, de maneira a poder ser desenvolvido e melhorado.

Durante o ensino clínico realizado nesta UCI, tive oportunidade de assistir a duas provas de morte cerebral, de observar durante algumas horas o processo de tratamento ativo de um PD, de prestar cuidados diretos a um PD em tratamento ativo e de assistir a uma colheita de órgãos. Tive também a oportunidade de assistir e acompanhar, embora que por breves instantes, o familiar de um PD.

Conforme já foi referido, os enfermeiros de cuidados ao doente crítico são frequentemente responsáveis pela deteção de potenciais dadores de órgãos (Day, 2001). A identificação de um PD em MC é consensual e a existência de algumas condições prévias ao diagnóstico definitivo é fundamental. A presença 24 horas por dia do enfermeiro junto do doente, torna-o no elemento mais competente para reconhecer os primeiros sinais de MC. Para Peiffer (2007), os enfermeiros estão bastante treinados para verificar a ausência de respiração espontânea, a existência de midríase fixa, assim como uma avaliação baixa na GCS. Estes três fatores em conjunto com um conhecimento prévio da causa da alteração neurológica e a constatação de que há estabilidade hemodinâmica e ausência de hipotermia,

alterações endócrinas e metabólicas, agentes depressores do SNC ou bloqueadores neuromusculares reúnem as condições necessárias para que o enfermeiro alerte a restante equipa de saúde para a presença de um processo de morte cerebral e consequente início das provas de MC.

Importa agora lembrar dois conceitos, que muitas vezes são confundidos pelos profissionais de saúde: possível dador e potencial dador de órgãos.

Segundo a Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Concelho da Europa (2013), o possível dador é o indivíduo com uma lesão ou doença cerebral catastrófica e aparentemente medicamente apropriado para a doação de órgãos, enquanto que o potencial dador de órgãos é o indivíduo cujo estado clínico aparenta cumprir os critérios de MC.

Enquanto futura enfermeira especialista, e com o desenvolvimento de competências nesta área, e procurando conhecimentos na prática baseada na evidência, ter presente estes conceitos é crucial, uma vez que diante de um possível dador a sua referenciação ao Coordenador Hospitalar de Doação (CHD) é aconselhada embora não seja obrigatória; já perante um potencial dador a sua referenciação é obrigatória. Desse modo, posso dizer de forma segura que prestei cuidados a alguns possíveis dadores, mas que, por melhoria da sua condição clínica, não evoluíram para potencial dador de órgãos. Um momento que considero privilegiado para a identificação de um PD na UCI, é o momento dos cuidados de higiene e aspiração de secreções. Durante os cuidados de higiene, preferencialmente prestados no turno da manhã, fiz um exame físico detalhado, avalei o score na GCS, pupilas e realizei aspiração de secreções, tendo a capacidade de avaliar se o doente apresenta *gag reflexion*. Se o doente apresenta um score 3 na GCS, pupilas midriáticas e fixas, sem respiração espontânea e sem *gag reflexion* e reunia as condições de uma lesão cerebral catastrófica, então eu estava perante um potencial dador de órgãos.

Com a preciosa colaboração e disponibilidade de toda a equipa, pude acompanhar provas de morte cerebral e parte do tratamento ativo de uma PD.

Tratava-se de uma Sr<sup>a</sup> A.C, 38 anos, com três filhos e residia numa localidade Alentejana com os filhos e o marido. Tinha como antecedentes pessoais hipertensão arterial e tabagismo ativo.

No dia 28 de dezembro foi levada ao SUG de um Hospital no Alentejo por uma cefaleia súbita com alteração do estado de consciência. À entrada do SUG, apresentava um score 6 na escala de coma de Glasgow reagindo em fuga à estimulação dolorosa, com desvio do olhar conjugado para a esquerda e hemiplegia do hemicorpo direito. Para proteção da via aérea, foi entubada endotraquealmente e realizou TAC CE que revelou uma HSA difusa e extensa com hemorragia tetraventricular. De seguida realizado Angio TAC CE que revelou um aneurisma de origem arterial cerebelosa. Foi colocada a hipótese diagnóstica de aneurisma roto da artéria cerebelosa superior esquerda. Foi transportada para o hospital central em Lisboa via terrestre sob sedo analgesia com propofol 2% e alfentanil.

Nesse mesmo dia, por volta das 6h15min, dá entrada na UCIPN em score 7 na GCS, localizando a dor com o membro superior esquerdo e com anisocoria, pupila direita menor que a esquerda. Foi observada pela equipa de neurocirurgia que comunica não ter indicação cirúrgica no momento.

Por volta das 17h, é realizada uma angiografia cerebral para efetuar a embolização do aneurisma. Fez TAC CE após o procedimento que revelou hidrocefalia, razão pela qual, foi levada de urgência ao bloco operatório e colocada uma drenagem ventricular externa com saída de liquor sob grande pressão – mantinha score 7.

No dia seguinte realiza nova angiografia que não revelava vasospasmo. Faz nova TAC CE que mostra que a hidrocefalia está resolvida, mas mantém hemorragia tetraventricular e ainda enfarte isquémico cerebral.

No dia 30 de dezembro inicia desmame da sedação e no dia seguinte suspende a mesma. O score da Sr<sup>a</sup> A.C oscila entre o 7 e o 9 na GCS. No dia 1 de janeiro inicia desmame ventilatório, mantendo score 7 e anisocoria anteriormente descrita. No dia 2, apresenta períodos de hipertensão arterial com necessidade de realizar labetalol. Realizou no mesmo dia doppler transcraniano que revela vasospasmo, tendo sido encaminhada para a sala de angiografia que comprova o resultado do doppler, classificando o vasospasmo como grave; foi administrado verapamil intra-arterial durante o procedimento.

No dia 3 de janeiro apresenta um score 8 com abertura ocular, e no dia seguinte, ocorre uma melhoria do estado neurológico com subida de score para 10 embora mantivesse labilidade tensional com necessidade de administração de

labetalol por períodos. No dia 8 de janeiro é extubada e após extubação agrava o score de 10 para 3, com midríase fixa, bradicardia e bradipneia. De acordo com Viana & Torre (2017), nos momentos de herniação iminente, quando já há sofrimento do tronco cerebral, o organismo pode desenvolver a Tríade de Cushing, que é constituída por bradicardia, bradipneia e hipertensão arterial. Realizou TAC CE que mostra herniação subfalcina e compressão do mesencéfalo, sem indicação neurocirúrgica.

É identificada, pela equipa de enfermagem, como uma potencial dadora de órgãos. Para a realização das provas de MC, têm de estar patentes certas condições, nomeadamente, ausência de substâncias no organismo que sejam depressoras do SNC e que possam mascarar uma morte cerebral (Pita & Carmona, 2003).

Procedeu-se à colheita de sangue e urina para pesquisar a presença de benzodiazepinas ou barbitúricos que se encontravam negativas, e procedeu-se também à colheita de sangue arterial que revelou uma ligeira hipernatremia que foi corrigida. Após estarem reunidas as condições clínicas necessárias, deu-se início às primeiras provas de morte cerebral.

Preparei o material para as provas MC, nomeadamente uma ebonite e duas seringas de 50 ml com soro frio (4°C), adaptada a um cateter de calibre 16 e uma cânula de oxigénio para inserir dentro do tubo endotraqueal na prova da apneia (as provas de MC estão explicadas no enquadramento teórico do tema). As primeiras provas que ocorreram às 13h foram positivas e às 15h52 são realizadas as 2<sup>as</sup> provas de MC que são igualmente positivas e é declarado o óbito da doente.

Após as primeiras provas de MC, o médico assistente contacta o GCCT, e o senhor Enfermeiro Coordenador consulta o RENNDA e informa que a doente não está inscrita. Após esta informação, são colhidas amostras de sangue para as serologias para dar início ao processo.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de MC, o tratamento do PD deverá ser reorientado para o suporte e proteção dos órgãos que poderão vir a ser transplantados. No caso particular deste doente, o objetivo era doação multiorgânica. A MC conduz irreversivelmente a uma paragem cardiorrespiratória, e é no desenrolar deste processo que ocorrem as maiores alterações fisiopatológicas

a nível do sistema cardiorrespiratório bem como a nível metabólico e hormonal (TPM, 2007).

As intervenções de enfermagem no tratamento ativo do PD têm como objetivo: manutenção hemodinâmica com monitorização e prevenção da hipotensão, hipotermia, arritmias, paragem cardiorrespiratória e manter uma PA que garanta uma perfusão correta dos órgãos (Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Concelho da Europa, 2013). Destacam-se algumas intervenções autónomas de enfermagem, nomeadamente, a monitorização contínua da PA e frequência cardíaca, garantindo a permeabilidade do cateter central e do cateter arterial, de modo a assegurar a correta administração de drogas vasoativas para manutenção de PA e verificar o correto posicionamento dos elétrodos de monitorização cardiorrespiratória (vigiar possíveis arritmias). O objetivo maior é manter pressão arterial média entre de 60-100 mmHg assim como uma pressão venosa central entre 6-10 mmHg (D'Império, 2007; Guetti & Marques, 2008).

O controlo e a manutenção da temperatura é função exclusiva da enfermagem (Guetti & Marques, 2008). Desse modo, é imperativo manter uma temperatura corporal, pelo menos, acima dos 35°C, uma vez que a hipotermia conduz a arritmias e alteração da função renal. Assim, e de acordo com diversos autores, algumas das intervenções de enfermagem neste âmbito são:

- ❖ Avaliação da temperatura de hora a hora;
- ❖ Administrar soluções endovenosas aquecidas;
- ❖ Humidificar e aquecer o ar administrado pelo ventilador;
- ❖ Administrar água e chá aquecidos através da sonda nasogástrica;
- ❖ Providenciar manta térmica (Costa, Costa, & Aguiar, 2016; Guetti & Marques, 2008; Rech & Rodrigues-Filho, 2007b).

O tratamento do PD requer a manutenção de VMI e realização de aspiração endotraqueal a fim de manter a via aérea desobstruída, assim como manter a adequada ventilação e oxigenação do PD, com valores alvo de PaO<sub>2</sub> acima de 100 mmHg e saturação periférica de oxigénio acima de 95%. Os cuidados na movimentação do PD, de modo a prevenir extubações acidentais, manter as traqueias artificiais livres de impurezas que possam prejudicar as vias respiratórias

são também de extrema importância, assim como, manter adequada a ventilação e oxigenação do PD, realizando colheitas de sangue arterial para avaliação de gasimetria arterial e equilíbrio ácido base, de modo a manter a fisiologia respiratória (Amorim, Avelar, & Brandão, 2010; Costa et al., 2016).

No que concerne à função renal, é necessário manter o controle hídrico e avaliar a diurese, prevenindo a disfunção endócrina que decorre da grave redução da libertação da hormona antidiurética (ADH) pela hipófise, resultando numa grande perda renal de água livre, produzindo hipernatrémia (Costa et al., 2016; Rech & Rodrigues-Filho, 2007b). Para além da hipernatrémia, também distúrbios metabólicos ao nível do potássio, magnésio, cálcio e fósforo são normalmente resultado de grandes perdas urinárias (Rech & Rodrigues-Filho, 2007b).

São intervenções de enfermagem a monitorização das entradas e saídas de líquidos, realizando um balanço hídrico horário (Becker, Carvalho da Silva, Ferreira, Rios, & Avila, 2014). Conforme já foi referido, a falência progressiva do eixo hipotálamo-hipófise evolui para um declínio gradual e inexorável das concentrações hormonais, principalmente da hormona ADH. Desse modo, a diabetes insipida ocorre em aproximadamente 80% dos PD em MC e caracteriza-se por grandes volumes de diurese com hipotensão secundária, hipernatremia e hiperosmolaridade sérica (Rech & Filho, 2007b).

O aporte energético e calórico tem um papel fundamental para fornecer um equilíbrio hemodinâmico ao PD, e a falta desse cuidado pode acarretar prejuízo ao metabolismo (Passos, Figueiredo, Menezes, Silva, & Oliveira, 2014). Como intervenções de enfermagem estão a avaliação da glicémia de 4h/4h, com administração de suporte calórico por via entérica, assim como a avaliação da estase gástrica uma vez por turno (D'Império, 2007). Nos casos de hiperglicemia, e segundo o mesmo autor, pode-se administrar insulina em forma de perfusão contínua endovenosa, de modo a obter valores glicémicos entre os 120-180 mg/dl. Se houver persistência de valores elevados de glicémia, o intervalo de avaliação da mesma deve ser diminuído.

O enfermeiro deve sempre estar atento a quaisquer distúrbios da coagulação, manifestando-se através de sinais menores, como hematúria, gengivorragias e hemorragia constante nos locais das punções vasculares (Guetti & Marques, 2008). A hemoglobina entre os 90 e 100 g/L é o nível mais apropriado para melhorar as

funções do PD. Nos casos onde se faça necessária uma transfusão de sangue, dá-se preferência ao sangue isento de leucócitos para evitar a contaminação por citomegalovirus (D'Império, 2007).

Compete ainda ao enfermeiro efetuar a higienização corporal do PD, a fim de evitar infecções (Costa et al., 2016). Para Becker et al. (2014), a infecção afeta os órgãos através da invasão e multiplicação de microrganismos nocivos que o organismo não consegue combater. Nos potenciais dadores, é ainda mais importante preveni-la, uma vez que a síndrome da morte cerebral já é um estado inflamatório, havendo ativação de mediadores inflamatórios, que, à medida que o tempo passa, acarreta uma contínua infiltração inflamatória nos tecidos. As intervenções de enfermagem para a prevenção da infecção, envolvem, entre outras, um maior rigor dos princípios de assépsia, assim como utilização das medidas universais do controlo de infeção (Becker et al., 2014; Guetti & Marques, 2008).

Todas as intervenções de enfermagem supracitadas foram realizadas por mim e pelo enfermeiro responsável da potencial dadora de órgãos. Este momento permitiu-me adquirir e desenvolver uma serie de competências, quer as comuns do enfermeiro especialista, quer as específicas do enfermeiro especialista em PSC quer as do mestrado. Embora como já foi referido, cuidar de um PD é, na sua generalidade, semelhante a cuidar de um doente crítico e sem critérios de morte cerebral. A grande diferença é que no PD o enfermeiro tem de ser detentor de um sólido conhecimento sobre a fisiopatologia da morte cerebral, para estar atento e alerta acerca das alterações que advém desse estado, e, antecipadamente intervir, de modo a evitar estados de má perfusão orgânica a fim de garantir a melhor qualidade dos órgãos a ser colhidos.

Como também já referi, mobilizar competências de autoaprendizagem nesta área foi fundamental, e serviu como meio para atingir as diversas competências inerentes a esta área.

Manter um potencial dador multiorgânico exige a mobilização de diversas competências, nomeadamente, a administração de protocolos terapêuticos complexos, identificar prontamente os focos de instabilidade, execução de cuidados técnicos de alta complexidade, implementação de respostas de enfermagem apropriadas às complicações e monitorizá-las, definindo prioridades de atuação e



salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no controlo de infeção e na sua prevenção (OE, 2018).

Não esquecendo o referencial teórico por mim escolhido, e ao abordar o tema da doação de órgãos o modelo teórico de Virgínia Henderson das necessidades humanas fundamentais oferece uma série de ideias que são suficientemente vastas para a teoria ser aplicada ao processo de doação (Sierra et al., 1997; Nicely & DeLario, 2011). Os enfermeiros devem entender a política e os procedimentos para a doação de órgãos e proteger as necessidades individuais, imediatas e a longo prazo, de cuidados físicos, apoio emocional e reeducação (Dochterman & Bulechek, 2008; Henderson, 2007). No caso de um PD, a função do enfermeiro é, fundamentalmente, a de substituição pois o enfermeiro é temporariamente a consciência do inconsciente, o amor da vida do suicida, a perna do amputado, os olhos dos invisuais, um meio de transporte para o recém-nascido, conhecimento e confiança para a jovem mãe, uma voz para aqueles que se sentem fracos para falar e por aí fora (Henderson, 2006).

Também a família é parte integrante deste processo e não pode nunca ser marginalizada. Assisti ao diálogo entre a médica responsável pela PD e o marido da PD e no final, pude ficar um pouco junto do marido para que ele pudesse exprimir alguma dúvida. Conversámos um pouco sobre a história de vida deles e sobre os filhos. Ouvi de forma atenta e respeitei todos os silêncios. Observei de forma atenta o diálogo entre a médica e o marido, quando ela o informava da confirmação da morte cerebral (após o término das segundas provas) e quando o informou que a sua esposa não estaria inscrita no RENNDA e por isso iria ser eleita como dadora de órgãos.

Também sobre este tema tive necessidade de ir aprender mais e consolidar alguns conhecimentos. O objetivo da entrevista familiar é assegurar que a família/pessoa significativa entenda a morte cerebral, esclareça dúvidas sobre os processos de doação e transplante, avaliando simultaneamente o risco biológico da doação e dando em contrapartida apoio emocional e psicológico (TPM, 2007)

Posso dizer que assisti a família/pessoa significativa nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, gerindo a comunicação interpessoal com o marido face à situação complexa do estado de saúde da sua esposa (OE, 2019).

### **2.3. Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação**

O estágio que se realizou no Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT), teve duração de 50 horas e decorreu no período de 5 de fevereiro de 2019 a 8 de fevereiro de 2019.

O objetivo major era conhecer a organização e a dinâmica de funcionamento do GCCT com a finalidade de adquirir conhecimentos e competências na organização do gabinete para uma melhor compreensão do seu funcionamento e de todo o processo organizacional e logístico inerente à colheita e transplantação de órgãos.

Infelizmente não tive oportunidade de assistir a uma coordenação de colheita e transplantação em tempo real, uma vez que não existiu nenhum PD referenciado durante o meu estágio. Ainda assim, e com toda a disponibilidade do enfermeiro coordenador, consegui adquirir conhecimentos relativos ao sistema de notificação e como se desencadeia o processo; conhecer de que forma o gabinete se articula com outros hospitais, nomeadamente os hospitais que o gabinete coordena para a colheita e posteriormente para a transplantação; consultei todos os protocolos, normas e procedimentos institucionais.

Segundo o Diário da República, 1.<sup>a</sup> série — N.º 90 — 9 de Maio de 2008, os GCCT têm como principais competências a articulação com as unidades e centros de transplantação; coordenar a atividade de colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células nas instituições de saúde, públicas ou privadas, da sua área de referência; efetuar consulta ao RENND e transmitir a informação; avaliar todos os PD conjuntamente com o CHD; estabelecer protocolos; assegurar a qualidade e desenvolver ações para a melhoria da atividade de colheita e transplantação.

Durante a minha permanência no gabinete pude também ficar a par de algumas iniciativas levadas a cabo pelo Sr. enfermeiro coordenador assim como outra Sra. enfermeira também pertencente ao gabinete, no sentido de diminuir as taxas de contaminação do líquido de preservação dos órgãos que irão ser transplantados. Os resultados são muito otimistas e promissores.

Além da coordenação de colheita de órgãos e tecidos, um procedimento que se realizava diariamente era a consulta dos óbitos ocorridos nas últimas 24 horas nos

vários serviços, no sentido de analisar o processo e perceber o porquê da não referenciação como potenciais dadores de córnea. Desejavelmente, a detecção de PD de córneas pode ocorrer nos diversos serviços do hospital nomeadamente urgências, unidades de cuidados intensivos, enfermarias e, inclusivamente, no serviço de oncologia, pois qualquer pessoa falecida pode ser dadora de córneas (TPM, 2007). Estas informações eram colocadas numa base de dados e posteriormente divulgados aos vários serviços, com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da colheita de córneas, realizando ações de formação com o objetivo da melhoria de cuidados nesta área e melhorar a atividade.

Este estágio permitiu a aquisição de competências na área da coordenação de colheita de órgãos para transplante, tendo contribuído para um percurso mais consistente. Para além disso, permitiu também a aquisição de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, particularmente as competências do domínio da responsabilidade ética e legal, competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Assim, o cumprimento de todas as atividades planeadas previamente permitiu que os objetivos definidos fossem alcançados.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findo este relatório, posso afirmar que é apenas isso, o final do trabalho escrito. O percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, esse, vai continuar ao longo de toda a minha vida profissional. Para Benner (2001), o conhecimento prático adquire-se com o tempo e é necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, de maneira a poder ser desenvolvido e melhorado.

Este caminho não foi fácil nem tão pouco linear. Trabalhar e estudar é um desafio e colocou-me à prova por diversas vezes, e talvez tenha sido também por isso que tão prazeroso é chegar ao fim com esta sensação de primeira parte da missão cumprida. A primeira parte da missão era adquirir e desenvolver competências na área do doente crítico e na área da doação de órgãos, concomitantemente na área da mestria em enfermagem, interligando todo o conhecimento que fui adquirindo ao longo do mestrado tanto nas unidades curriculares como entre os pares. A partilha de experiências entre colegas, e a divulgação do conhecimento empírico de cada um, confere a este percurso uma riqueza única.

A segunda parte reside na vontade de partilhar todo o conhecimento na área das intervenções de enfermagem da deteção e tratamento ativo do potencial dador de órgãos, de modo a sensibilizar os enfermeiros tanto do serviço de urgência como das unidades de cuidados intensivos do hospital onde desempenho funções, a identificar um potencial dador e a mantê-lo, evidenciando a importância que isso acarreta na manutenção ou na oferta de qualidade de vida a quem aguarda um órgão em lista de espera.

Como principal dificuldade na elaboração deste relatório aponto a minha parca capacidade de conseguir exprimir e traduzir em texto todas as situações e vivências durante os ensinamentos clínicos. Foram muito ricos na aquisição e desenvolvimento de competências e sinto que a minha escrita não faz jus a isso. Outra dificuldade prende-se com a minha ainda pequena experiência profissional e com a agravante de a mesma ser apenas em contexto de serviço de urgência, o que fez com que no campo de estágio na UCIPN, a minha adaptação demorasse um pouco mais. Desenvolver e pôr em prática a capacidade de autoaprendizagem facilitou o percurso neste campo de estágio com resultados positivos.

A frequência neste curso de mestrado e a área temática por mim escolhida, conferiram-me oportunidades muito enriquecedoras e importantes. Tive oportunidade de frequentar o curso de *Transplant Procurement Management*, que me conferiu conhecimentos na área da coordenação hospitalar na vertente da doação, abrindo-me portas interessantes no decorrer do meu percurso profissional.

Terminada esta caminhada, resta-me afirmar que foi uma experiência única, da qual saio melhor enfermeira e melhor ser humano. Fica a vontade de reformular a revisão integrativa da literatura de modo a ficar com capacidade para poder ser publicada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, S., Gallek, M., Presciutti, M., & Zrelak, P. (2010). Care of the patient with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Journal of Neuroscience Nursing*, 42(6), 357–358. <https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e3181f979a5>
- Alligood, M. R., & Tomey, A.M. (2002). Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. In M.R. Alligood & A. M. Tomey, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.
- American Association of Critical Care Nurses (2015). Critical Care Nursing. about critical care nursing. Acedido em April 30, 2015, disponível em <http://www.aacn.org/wd/publishing/content/pressroom/aboutcriticalcarenursing.pcms?menu=>.
- American Association of Neuroscience Nurses [AANN] (2009a). Care of the Patient with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. Glenview: AANN.
- American Association of Neuroscience Nurses [AANN] (2009b). Nursing Management of Adults with Severe Traumatic Brain Injury. Glenview: AANN.
- Amorim, V., Avelar, T., & Brandão, G. (2010). The optimization from aid of sicken the patient em death encephalic, potential donor of multiples organs. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 4(1), 221–229. <https://doi.org/10.5205/reuol.726-5680-1-LE.0401201029>
- Bartucci, M.R. (2003). Intervenção em Pessoas com Transplantes de Órgãos/Tecidos. In W. Phipps, J. Sands, & J. Marek, *Enfermagem Médico-Cirúrgica; Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed., pp. 2501-2534). Loures: Lusociência.
- Becker, S., Carvalho da Silva, R. C., Ferreira, A. G. N., Rios, N. R. F., & Avila, A. R. (2014). A Enfermagem Na Manutenção Das Funções Fisiológicas Do Potencial Doador. *SANARE, Sobral*, 13(1), 69–75. Obtido de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/435/290>
- Beja, A. (2013). *Assistência e Circuito do Doente Neurocrítico no Serviço de Urgência. O serviço de Urgência do CHLC* [Diapositivos de PowerPoint]. Obtido a 1 de Março de 2019, de <http://hdl.handle.net/10400.17/1509>
- Benner, P. (2001) *De Iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-58535-97-x.

- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom an Interventions in Acute and Critical Care*. New York: Springer publishing Company.
- Bonalumi, N. (2011). Doação de Órgãos e Tecidos. In P. K. Howard & R. A. Steinmann, *Enfermagem de Urgência: teoria à prática* (6ª ed., pp. 168-177). Loures: Lusodidacta.
- Bongard, F. S., & Sue, D. Y. (2005). *Terapia Intensiva. Diagnóstico e Tratamento* (2ª Edição). Porto Alegre.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2007). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (Mosby, Ed.) (5.ª ed.). Iowa.
- Cintra, E. de A., Nishide, V. M., & Nunes, W. A. (2001). *Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo*. (Atheneu, Ed.) (2ª Edição). São Paulo.
- Collins, T (2005). Organ and tissue donation: a survey of nurses knowledge and educational needs in a adult ITU. *Intensive and Critical Nursing*, 21(4), 226-233.
- Concelho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1991). Parecer sobre Transplantes de Tecidos e Órgãos. Disponível em: [http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273059634\\_P001\\_TransplantesTeci dosOrgaos.pdf](http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273059634_P001_TransplantesTeci dosOrgaos.pdf). Consultado a 13 de fevereiro de 2019.
- Costa, C. R., Costa, L. P. da, & Aguiar, N. (2016). A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. *Revista Bioética*, 24(2), 368–373. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242137>
- D'Império, F. (2007). Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(1), 74–84. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000100010>
- Day, L. (2001). How nurses shift from care of a brain-injured patient to maintenance of a brain-dead organ donor. *American Journal of Critical Care*, 10(5), 306–312.
- Decreto-Lei nº 244/94, de 26 de setembro. Regula o Registo Nacional de Não Dadores. Diário da República I Série- A, N.º 223 (26-09-1994) 5780-5782.
- Dicini, S. (2017). *Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia*. (Atheneu, Ed.) (1ª Edição). Rio de Janeiro.
- Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Concelho da Europa. (2013). Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação, Strasbourg: EDQM.
- Direção Geral Ensino Superior (2012). *Descritores de Dublin*. Lisboa: DGES.



- Direção-Geral da Saúde.[DGS] (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ /Emergência*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2003). *Cuidados Intensivos Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2010). Definição da doença crónica. Acedido em dezembro de 2017. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2018). *Norma nº 002/2018 DGS de 09/01/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa: DGS.
- European Directorate for the Quality of Medicines & Healthcare (2017). International Data on Organ Donation And Transplantation Activity, Waiting List And Family Refusals. *Newsletter transplant*, 22, 47. Acedido em dezembro de 2018. Disponível em <https://www.edqm.eu/en/news/2017-issue-newsletter-transplant-now-available>.
- Farias, I., Almeida, T., Pereira, C., & Vasconcelos, E. (1981). *Construction of assistance nursing protocol for potential organ donors in encephalic death*, *Rev enferm UFPE*, 11(Supl. 8), 3317-3320. DOI: 10.5205/reuol.11135-99435-1-ED.1108sup201717.
- Gafo, J. (2011). *Bioética*. Lisboa: Paulus Editora.
- Guetti, N. R., & Marques, I. R. (2008). Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 91–97. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100014>
- Guimarães, H. P., Falcão, L. F., & Orlando, J. M. (2008). *Guia prático de UTI*. São Paulo: Atheneu.
- Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education*. New York: The Macmillan Company.
- Henderson, V. (2006). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 21-31.
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.

- Henderson, V., & Nite, G. (1978). *Principles and Practice of Nursing* (6ª ed.). New York: Macmillan Publishing Co., Inc.
- Henneman, E. a, & Karras, G. E. (2004). Death in Adults, 24(800), 50–56.
- Henriques-Filho, G. (2011). Tratamento da Hipertensão Intracraniana. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 18(3), 36.
- Hobaika, Adriano Bechara de Souza; Fantini, Cristina Nunes Coelho; Figueiredo, Carolina Lamac; Santos, Pedro Ribeiro; Alves, N. G. (2007). Monitorização dos níveis de consciência em anestesiologia. *Rev Med Minas Gerais*, 17, 54–59.
- Howard, P. K., & Steinmann, R. A. (2010). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (6ª ed.). Odivelas: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2a Edição). Lisboa: INEM.
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação [IPST] (2013). Relatório de Atividades 2013 - Coordenação Nacional de Transplantação. Lisboa: IPST.
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação [IPST] (2017). Matriz das Normas Hospitalares de Doação. Lisboa: IPST.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice. (Foundations in Nursing and Health Care, Ed.)* United Kingdon: Lynne Wogens, p. 78-80
- Lei n.º 12/93 de 22 de Abril. (1993). *Diário Da República - I Série-A N.º 94 - 22-4-1993*, 1961–1963. Assembleia da República. Lisboa.
- Mendes, J., Dias, S., Manita, M., & Ancântar, J. (2011). Estado de mal epiléptico - abordagem clínica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 18(3), 25–32.
- Mendes, K. D. S., Roza, B. de A., Barbosa, S., Schirmer, J. de F. F., & Galvão, C. M. (2012). Transplante de órgãos e tecidos: Responsabilidades do enfermeiro. *Texto e Contexto Enfermagem*, 21(4), 945–953. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400027>
- Morgado, T., Rosário, R., Costa, M., Batalha, L., Duarte, C., & Pereira, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 8), 7–16. <https://doi.org/10.12707/rrii1294>
- Neurocritical Care Society (2019). Whats is Neurocritical Care?.Chicago:Neurocriticalcare. Obtido através de <https://www.neurocriticalcare.org/resources/family-patient-resources>

- Nicely, B., & Delario, G. (2011). Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*, 21(1), 72–77. <https://doi.org/10.7182/prtr.21.1.c7617103jug3466m>
- Oguisso, T., & Zoboli, E. (2006). *Ética e Bioética: Desafios para a Enfermagem e a Saúde*. Barverí: Editora Manole.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010a) *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010b) *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018), Regulamento no 429/2018 de 16 de Julho. Regulamenta as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Diário da República: 2ª Série - nº 135.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. Regulamenta as competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série - Nº 26.
- Padoveze, M. C., Dantas, S. R. P. E., & Almeida, V. A. (2010). Infecções hospitalares em UTI. In E. A. Cintra, V. M. Nishide, & W. A. Nunes (Eds.), *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo* (2ª ed., pp. 35-48). São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Palma, M. D. (2011). A transplantação em Portugal. Disponível em: <http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1759/1/U%20%20Altantic%20Mio%202011%20MC%20Palma.pdf>. Consultado a 1 de Abril de 2017.
- Passos, I., Figueiredo, J., Menezes, M., Silva, D., & Oliveira, D. (2014). Manutenção hemodinâmica na morte encefálica: revisão literária. *Cadernos de Graduação*,

2(1), 73–86.

Peiffer, K. M. (2007). Brain death and organ procurement. *American Journal of Nursing*, 107, 58–67.

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pita, F., & Carmona, C. (2003). Morte Cerebral. Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo.

Portugal, A. C., & Macheta, M. R. (2013). Transplante e Doação de Órgãos e Tecidos a Partir de Dadores Vivos - Uma Reflexão Bioética. *Percursos*, 13.

Queiroz, A. (2004). *Empatia e Respeito* (2ª ed.). Coimbra: Ariadne editora.

Rech, T. H., & Filho, É. M. R. (2007a). Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(2), 197–204.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000200010>

Rech, T. H., & Rodrigues-Filho, É. M. R. (2007b). Entrevista Familiar e Consentimento. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(1), 85-89.

Sá, M. J. (2014). *Neurologia Clínica - Compreender as Doenças Neurológicas*. (Universidade Fernando Pessoa, Ed.) (2ª Edição). Porto.

Santos, K. D., & Martins, I. C. (2016). Caracterização da sedação e analgesia em Unidade de Terapia Intensiva : estudo observacional, 15(2), 157–166.

Seixas, E. (1995). Considerações Ético-Legais na Transplantação e Doação de Órgãos. *Revista Sinais Vitais*, 5, 13-14

Serrão, D. (1996). A Medicina de Transplantação. Enquadramento Ético, Religioso, Filosófico e Jurídico. *Revista Acção Médica*, 2.

Sheehy, S. (2010). *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Sierra, E. C., Ortiz, I., & Poza, F. L. (1997). Cuidados de enfermagem en el donante potencial de órganos. *Enfermería Clínica*, 7(3), 112-118.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2009). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (11ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

Smith, T. (1992). *Cérebro e Sistema Nervoso*. Minho.

Swearingen, P., & Keen, J. H. (2011). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos. Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. (Lusociência, Ed.) (4ª Edição). Loures: Lisboa.

- Tomé, J. Boléo (1996) . Alguns Problemas Relacionados com as Colheitas de Órgãos para Transplantes. *Revista Acção Médica Ano LX nº 2 Abril, pág. 49*
- Transplant Procurement Management (2007). *Programa Avançado em Coordenação de Doação/Transplantação*. Barcelona: Fundació IL3 – Universitat de Barcelona.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Veras, J., Melo, E., Oliveira, R., Almeida, D., Studart, R., & Teixeira, C. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 1), 55–63. <https://doi.org/10.12707/riii1316>
- Viana, R., & Torre, M. (2017). *Enfermagem em Terapia Intensiva - práticas integrativas*. São Paulo.
- Wilkin, K. (2003). The meaning of caring in the practice of intensive care nursing. *British Journal of Nursing*, 12(20), 1178-1185.
- Wilkin, K., & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 50-59.
- World Health Organization (2010). World Health Organisation Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. *World Health*, (May), 1–9. Disponível em:  
[http://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantation\\_WHA63.22en.pdf](http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.pdf).





**APÊNDICES**





## **APÊNDICE I**

### **Objetivos específicos SUG**

<u><b>Objetivos</b></u>	<u><b>Atividades</b></u>
<b>Conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do SU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do SU;</li> <li>❖ Conhecer o circuito do doente (da admissão à alta/transferência) e a articulação do SU com outros serviços;</li> <li>❖ Integrar a equipa multidisciplinar e compreender a sua dinâmica;</li> <li>❖ Realizar visita guiada ao SU, consultar protocolos, normas, procedimentos e projetos desenvolvidos e em desenvolvimento;</li> <li>❖ Rever a viabilidade dos objetivos e atividades de estágio e analisá-los com o enfermeiro chefe e orientador.</li> </ul>
<b>Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC no SU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Colaborar nas intervenções de enfermagem desenvolvidas no SU, analisando novas situações de aprendizagem com vista à aquisição/consolidação de conhecimentos na área da PSC;</li> <li>❖ Demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida</li> <li>❖ Executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica;</li> <li>❖ Identificar focos de instabilidade na PSC, de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados e a prevenir possíveis complicações;</li> <li>❖ Responder adequadamente a focos de instabilidade;</li> </ul>
<b>Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados ao doente neurocrítico no SU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Colaborar com a equipa multidisciplinar na avaliação/recepção/ estabilização/transferência e/ou transporte dos doentes neurocríticos;</li> <li>❖ Conhecer as especificidades e a dinâmica da sala de reanimação e sala de trauma;</li> <li>❖ Conhecer protocolos de atuação ao doente neurocrítico na sala de reanimação e/ou sala de trauma;</li> <li>❖ Identificar e prevenir possíveis complicações;</li> <li>❖ Implementar medidas de prevenção e controlo de infeção;</li> <li>❖ Refletir sobre as práticas e realizar jornais de aprendizagem sobre temas pertinentes para o meu percurso.</li> </ul>
<b>Desenvolver competências de enfermagem que permitam a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Colaborar com a equipa multidisciplinar na avaliação e recepção do potencial dador de órgãos</li> <li>❖ Colaborar com a equipa de enfermagem na deteção e tratamento ativo do potencial dador de órgãos;</li> </ul>

<b>identificação e tratamento do PD;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Conhecer protocolos existentes sobre provas de morte cerebral, referenciação do PD e manutenção do potencial dador de órgãos no SU;</li> <li>❖ Identificar e prevenir possíveis complicações;</li> <li>❖ Implementar medidas de prevenção e controlo de infeção;</li> <li>❖ Prestar cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos;</li> <li>❖ Refletir sobre as práticas e realizar estudo de caso de enfermagem</li> </ul>
<b>Gerir a relação terapêutica com a PSC e sua família/pessoa significativa no SU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da PSC</li> <li>❖ Avaliar o processo da relação estabelecida</li> <li>❖ Demonstrar conhecimentos em técnicas facilitadoras da comunicação</li> <li>❖ Utilizar de forma adequada habilidades de relação de ajuda</li> </ul>



**APÊNDICE II**

**Objetivos específicos UCIPN**

<b><u>Objetivos</u></b>	<b><u>Atividades</u></b>
<b>Conhecer a organização e dinâmica de funcionamento da UCIPN;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Visita guiada à UCIPN, consulta dos protocolos, normas e procedimentos;</li> <li>❖ Integrar a equipa multidisciplinar e compreender a sua dinâmica;</li> <li>❖ Conhecer o circuito do doente e a articulação com outros serviços;</li> <li>❖ Conhecer normas/protocolos existentes na UCIPN;</li> <li>❖ Rever a exequibilidade dos objetivos e atividades de estágio e analisá-los com o enfermeiro chefe e orientador.</li> </ul>
<b>Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC em UCIPN;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Colaborar nas intervenções de enfermagem desenvolvidas na UCI, analisando novas situações de aprendizagem com vista à aquisição/consolidação de conhecimentos na área da PSC;</li> <li>❖ Identificar focos de instabilidade na PSC, de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados e a prevenir possíveis complicações;</li> <li>❖ Responder adequadamente a focos de instabilidade;</li> <li>❖ Executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica;</li> <li>❖ Colaborar com a equipa multidisciplinar no planeamento, execução e avaliação das intervenções à PSC;</li> <li>❖ Implementar medidas de prevenção e controlo de infeção;</li> <li>❖ Prestar cuidados de enfermagem a PSC seguindo a metodologia do processo de enfermagem;</li> <li>❖ Refletir sobre as práticas e realizar estudos de caso de enfermagem;</li> <li>❖ Demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida.</li> </ul>
<b>Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos na UCIPN;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Colaborar com a equipa multidisciplinar na avaliação e receção do potencial dador de órgãos</li> <li>❖ Colaborar com a equipa de enfermagem no tratamento ativo do potencial dador de órgãos;</li> <li>❖ Conhecer protocolos existentes sobre provas de morte cerebral e manutenção do potencial dador de órgãos na UCIPN;</li> <li>❖ Identificar e prevenir possíveis complicações;</li> <li>❖ Implementar medidas de prevenção e controlo de infeção;</li> <li>❖ Prestar cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos;</li> <li>❖ Refletir sobre as práticas e realizar estudo de caso de enfermagem.</li> </ul>

<b>Gerir a relação terapêutica na PSC e sua família/pessoa significativa em UCIPN;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Demonstrar conhecimentos em técnicas facilitadoras da comunicação;</li> <li>❖ Adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da PSC;</li> <li>❖ Utilizar de forma adequada habilidades de relação de ajuda;</li> <li>❖ Avaliar o processo da relação estabelecida.</li> </ul>
<b>Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados ao doente neurocrítico na UCIPN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Colaborar com a equipa multidisciplinar na avaliação/ recepção/ estabilização/transferência e/ou transporte dos doentes neurocríticos;</li> <li>❖ Conhecer protocolos de atuação ao doente neurocrítico;</li> <li>❖ Identificar e prevenir possíveis complicações;</li> <li>❖ Implementar medidas de prevenção e controlo de infeção;</li> <li>❖ Refletir sobre as práticas e realizar jornais de aprendizagem sobre temas pertinentes para o meu percurso.</li> </ul>





## **APÊNDICE III**

### **Objetivos específicos GCCT**

<u>Objetivos</u>	<u>Atividades</u>
<b>Conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do GCCT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Visita guiada ao GCCT, consulta dos protocolos, normas e procedimentos;</li> <li>❖ Integrar a equipa multidisciplinar e compreender a sua dinâmica;</li> <li>❖ Conhecer o sistema de notificação de um PD e o processo de colheita e transplantação de órgãos;</li> <li>❖ Conhecer de que forma o GCCT do HSJ se articula com outros Hospitais de Referência;</li> <li>❖ Conhecer normas/protocolos existentes no GCCT;</li> <li>❖ Rever a exequibilidade dos objetivos e atividades de estágio e analisá-los com o enfermeiro chefe e orientador.</li> </ul>

## **APÊNDICE IV**

### **Cronograma de Estágio com relatório**

Atividades 3.º Semestre		Ano																					
	2018														2019								
		Mês																					
	Set	Outubro				Novembro					Dezembro				Janeiro					Fevereiro			
	24 a 28	1 a 7	8 a 14	15 a 21	22 a 28	29 out a 4	5 a 11	12 a 18	19 a 25	26 a 2 Dez	3 a 9	10 a 16	17 a 23	24 a 2 Ja n	3 a 6	7 a 13	14 a 20	21 a 27	28 a 3 Fev	4 a 10	11 a 17	18 a 24	25 a 3
Urgência Geral HSJ													Férias Natal										
UCIPN HSJ																							
GCCT HSJ																							
Implementação das atividades para concretizar objetivos																							
Elaboração do Relatório de Estágio																							
Orientação Tutorial																							

Campo de Estágio	Horas de Estágio	Número de Semanas
Serviço de Urgência Geral	150 horas	6 sem x 25h
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes Neurocríticos	300 horas	11 sem x 25h
Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação	50 horas	2 sem x 25h